

ООО «Красота и Здоровье» (лицензия ЛО-50-01-008766 от 27.07.2017г. бессрочно, свидетельство о присвоении ОГРН 1095047010662 выдано 05.11.2009 МИ ФНС №13 по М.О.) именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора Ковалева О.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, _____, именуемый в дальнейшем Заказчик(Пациент), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет Договора

- 1.1. Исполнитель обязан предоставить Заказчику стоматологические услуги в соответствии с планом обследования и лечения, а Заказчик обязуется своевременно оплатить их стоимость в соответствии с прейскурантом, установленным Исполнителем.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

- 2.1.1. Провести собеседование и осуществить осмотр Заказчика для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения.
 2.1.2. Результаты осмотра, выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в медицинской карте.
 2.1.3. Искрывающе проинформировать Заказчика о результатах обследования с вариантами лечения, ознакомить под роспись с прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. Согласовать план лечения.
 2.1.4. Поставить в известность Заказчика о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменение плана лечения отражать в медицинской карте.
 2.1.5. Осуществить качественное лечение, используя наиболее безболезненные методы в соответствии с медицинскими показаниями.
 2.1.6. Проинформировать Заказчика о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях.
 2.1.7. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.
 2.1.8. Ознакомить Заказчика под роспись с «Информированным согласием», которое является неотъемлемой частью настоящего Договора

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Отказаться от проведения лечения, если это лечение не соответствует требованиям технологий, может вызвать нежелательные последствия.
 2.2.2. В случае отсутствия лечащего врача назначить другого врача для проведения лечения.
 2.2.3. Отказаться в обслуживании Заказчика, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению стоматологического лечения.

2.3. Заказчик обязан:

- 2.3.1. Являться на прием в установленное время.
 2.3.2. Предупредить Исполнителя по телефону 8(495)648-12-54, о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа.
 2.3.3. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.
 2.3.4. Выполнять все указания лечащего врача.
 2.3.5. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные профилактические осмотры не реже одного раза в шесть месяцев.
 2.3.6. Предоставлять Исполнителю по его требованию необходимую для оказания услуг информацию и документы.
 2.3.7. Производить оплату медицинских услуг после каждого сеанса лечения в соответствии с выписанным счетом по расценкам прейскуранта, с которым Заказчик ознакомлен перед проведением лечения.

2.4. Заказчик имеет право:

- 2.4.1. Получать информацию о состоянии здоровья и проведенном лечении.
 2.4.2. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой того лечения, которое уже проведено, при этом предоплата за изготовление каких – либо стоматологических конструкций не возвращается.
 2.4.3. Выбрать лечащего врача с учетом его согласия.

3. Сроки выполнения работ

- 3.1. Сроки выполнения ортопедических работ определяются врачом по согласованию с Заказчиком.
 3.2. Сроки проведения других видов лечения (терапевтического, ортодонтического, хирургического, целиком зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей пациента и не могут быть заранее точно определены.

4. Гарантии и ответственность сторон

- 4.1. Исполнитель предоставляет Заказчику гарантию качества выполненных услуг лечебно – диагностического процесса в течение 1 года при условии обязательного профилактического осмотра Заказчика не менее одного раза в шесть месяцев.
 4.2. При наступлении гарантийного случая Исполнитель безвозмездно устраняет выявленные дефекты. Однако в случае возникновения необходимости внести изменения в ортопедическую или ортодонтическую конструкцию по медицинским или техническим показаниям, Заказчик обязан оплатить разницу между ценой новой конструкции и ценой конструкции, ранее оплаченной.
 4.3. Исполнитель не гарантирует положительный результат предоставляемых услуг, а Заказчик теряет право на бесплатное гарантийное обслуживание в случаях:
 • возникновения осложнений по вине Заказчика (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья);
 • возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении;
 • возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если о наличии аллергии и непереносимости препаратов не сообщено Заказчиком;
 • прекращения (не завершения) лечения по инициативе Заказчика;
 • если Заказчик не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.
 4.4. Все последствия медицинской услуги, оказанной в соответствии с показаниями и объеме, адекватном состоянию Заказчика на момент обращения, при качественном ее исполнении расцениваются как непрогнозируемый медицинский исход.
 4.5. Заказчик несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендации врача, своевременную и полную оплату медицинских услуг.

5. Порядок разрешения споров и срок действия Договора

- 5.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается комиссией клиники. При не достижении согласия, спор подлежит рассмотрению в постоянно действующем «Межрегиональном третейском суде по рассмотрению споров в системе здравоохранения», в соответствии с его Положением, по адресу: 129090, г. Москва, ул. Каланчевская дом 32.
 5.2. Решение третейского суда является окончательным.
 5.3. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действителен в течение одного года.
 5.4. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть Договор в случае невыполнения Заказчиком своих обязательств.

6. Подписи и реквизиты сторон

Исполнитель
 ООО «Красота и Здоровье»
 М.О., г.Химки, ул. Молодежная д.70
 Инн/кпп 5047109588/504701001

Заказчик (ФИО)



Ковалева О.В.

Ковалева О.В.

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я, _____,

уполномочиваю врачей-стоматологов _____
провести лечение согласно предложенного мне плана.

Доктор указал на необходимость лечения заболевания и профессиональную гигиену полости рта. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений: появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры не реже одного раза в шесть месяцев.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я полагаю, что в моих интересах приступить к лечению.

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Также я ознакомлен с прейскурантом цен на оказываемые услуги и согласен с ним.

Подпись пациента: _____

Подпись доктора: _____ / _____ /

Дата: _____

Подпись доктора: _____ / _____ /

