

No

Г.

законный представитель (ФИО полностью) _____ г.р. _____
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____

тел. _____, несовершеннолетнего (ФИО ребенка полностью) _____

г.р. _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые как «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства и гарантирует своевременно, качественно и в полном объеме оказывать Потребителю платные медицинские услуги.

1.2. Потребитель обязуется производить своевременно и в полном объеме оплату, предоставляемых платных услуг в соответствии с утвержденным Исполнителем Прейскурантом, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление платных услуг.

1.3. Виды платных услуг, рекомендованные Потребителю, указаны в Перечне оказываемых услуг (приложение № 1 к договору).

1.4. Исполнитель оформляет на Потребителя медицинские документы.

1.5. Исполнитель оказывает платные услуги по следующим адресам: г. Москва, ул. Твардовского, д. 27, тел. 8-495-750-42-22; г. Москва, бул. Генерала Карбышева, д. 19, корп. 5 (тел. 8-499-197-17-19).

1.6. Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, размещенных на сайте Исполнителя в сети Интернет <http://mosgorzdrav.ru/sp60>.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Потребителю медицинские услуги качественно, в соответствии с требованиями, установленными для оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации и Предметом настоящего договора.

2.1.2. Соблюдать врачебную этику и деонтологию;

2.1.3. Предоставлять Потребителю информацию о рисках и последствиях медицинского вмешательства и ожидаемых результатах, информировать о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения;

2.1.4. Соблюдать конфиденциальность в отношении всей информации, полученной от Потребителя;

2.1.5. Извещать Потребителя о необходимости изменения плана лечения, сметы расходов, сроков и иных условий оказания платных услуг.

2.1.6. При оказании медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Потребителя соблюдения назначенного плана лечения.

2.2.2. Изменять сроки, смету и иные условия оказания медицинских услуг в случае изменения плана лечения.

2.2.3. Расторгнуть договор с Потребителем в случае, указанном в п. 2.4.3. настоящего договора.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Сообщать лечащему врачу подробную информацию о состоянии своего здоровья.

2.3.2. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя в период прохождения всего курса лечения.

2.3.3. Соблюдать график приема врачей-специалистов и правила поведения пациента в медицинской организации.

2.3.4. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности.

3.3.5. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия, отказаться от употребления наркотиков, психотропных препаратов, алкоголя.

2.3.6. Своевременно производить оплату оказываемых медицинских услуг.

2.3.7. Давать добровольное информированное согласие по установленной форме на медицинское вмешательство.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия).

2.4.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья и протекании лечения.

2.4.3. Отказаться в письменной форме от медицинского вмешательства, получения платных услуг полностью или частично, при этом стороны расторгают настоящий договор.

2.4.5. Предъявлять претензии, требовать возмещения ущерба, отказаться от оплаты в случае ненадлежащего оказания услуг в установленном порядке.

3.1. При заключении настоящего Договора Пациент подписывает Добровольное Информированное Согласие на оказание платных услуг, а Исполнитель составляет Перечень оказываемых услуг (приложение № 1 к договору), в котором определяется виды и стоимость оказания услуг.

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Сроки оказания медицинских услуг определяются медицинским работником, оказывающим такие услуги, и вносятся в медицинскую карту Потребителя.

3.3. Гарантийный срок на оказанные Исполнителем медицинские услуги составляет 1 год с момента оказания услуги, за исключением несъемного зубопротезирования, гарантийный срок на которое составляет 2 года.

3.4. При не соблюдении Потребителем п. 2.3.4. и п. 2.3.5. настоящего Договора Исполнитель может отказаться от дальнейшего оказания услуг.

4.СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

4.5. Факт оказания Исполнителем и приемки Потребителем платных медицинских услуг подтверждается внесением сведений об оказанных услугах в медицинскую документацию, оформленную на Потребителя.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности в случае не соблюдения Потребителем обязанностей, предусмотренных п. 2.3. настоящего Договора.

6.2. В случае если Стороны не могут прийти к соглашению, все споры и/или разногласия, возникшие из настоящего Договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

7.5. По вопросам, не отраженным в настоящем Договоре, Стороны руководствуются нормами законодательства Российской Федерации.

8.3. Медицинские документы (их копии) или выписки на бумажном носителе предоставляется в одном экземпляре.

Главный врач _____ / Е.В. Терняк /

Исполнитель (лечащий врач) _____ /

Дополнительное соглашение № _____

от _____ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Стоматологическая поликлиника № 60 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ»), Лицензия № ЛО41-01137-77/00326902, выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития 20.10.2017 (г. Москва, Славянская пл., д.4, стр.1), в лице главного врача Терняка Евгения Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Законный представитель (ФИО полностью) _____

г.р. _____, документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____, зарегистрирован по адресу _____, тел. _____, несовершеннолетнего (ФИО ребенка полностью) _____

г.р. _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель» (Пациент), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В соответствии с п. 4.4 Договора № _____ от _____ г., на оказание платных медицинских услуг, заключенного между Потребителем и Исполнителем, Потребитель выражает свое согласие на увеличение стоимости и объема медицинской помощи, оказываемой по указанному Договору и оплату дополнительных услуг.

Перечень оказываемых услуг

№ зуба	Код услуги по преysкуранту	Наименование услуги по преysкуранту	Кол-во услуг	Цена услуги, руб.	Стоимость, руб.

2. Исполнитель исполнил свои обязательства полностью и в согласованные сторонами сроки, оказанные платные медицинские услуги по объему и качеству удовлетворяют требованиям Потребителя (Пациента) и условиям Договора на оказание платных медицинских услуг.
3. Потребителю (Пациенту) разъяснен смысл и значение всех слов и медицинских терминов, связанных с реализацией перечня оказанных услуг, Потребитель имел возможность задать вопросы врачу и получил ответы на все вопросы, касающиеся предстоящего лечения и полностью доверяет квалификации специалистов Исполнителя.
4. Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
5. Потребитель (Пациент) с Перечнем оказываемых платных услуг ознакомлен и согласен.

Исполнитель: ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ»
Терняк Евгений Владимирович

Потребитель (Пациент): _____

_____ (подпись)

_____ (подпись)

М.п.

«__» _____ 202__ г.

«__» _____ 202__ г.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание платных медицинских услуг**

город Москва

« _____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ» при этом не разъяснено и мною осознанно следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю своё согласие на оказание мне платных медицинских услуг готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое мне лечение не гарантирует 100% положительный результат, и что при этом его проведении и после него, как в ближайшем, так в отдалённом периоде возможны различные осложнения, обусловленные биологическими особенностями организма и прочими причинами, не связанными с медицинским вмешательством.

4. Я согласен с тем, что в случаях, когда медицинские услуги оказаны с соблюдением установленных стандартов и требований, ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ» не несёт ответственности за возникновения побочных эффектов и осложнений.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы медицинских работников ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ».

6. Я ознакомлен(на) с действующим Прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

8. Я добровольно, без какого-либо принуждения, выражаю согласие с видами и объемом медицинских услуг, а также планом лечения, определёнными врачом для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики в связи с моим заболеванием _____ (код по МКБ-10).

9. Я информирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и я подтверждаю своё согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ».

10. Настоящее согласие мною прочитанных вслух, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

11. Настоящий документ подписан Потребителем на приёме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

Подпись потребителя _____

Расписался в моём присутствии:

Врач: _____ / _____
(подпись) (должность, фамилия, имя, отчество)