

Платные медицинские услуги оказываются на принципах: доступности, планируемости, нормированности, контролируемости, медицинской направленности.

Платные медицинские услуги предоставляются Учреждением на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии № **ЛО-63-01-004430 от 16.11.2017 г.**, выданной Министерством здравоохранения Самарской области.

В перечне платных медицинских услуг указываются виды и условия оказания платных медицинских услуг. Перечень утверждается главным врачом Учреждения.

Требования к платным медицинским услугам, в т.ч. к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся Учреждением до сведения потребителя (заказчика) – путем размещения на информационных стендах.

1.5. Для целей настоящих правил используются следующие основные понятия:

- «потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- «заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.
- «исполнитель» - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

2. Условия предоставления платных медицинских услуг.

2.1. Платные медицинские услуги предоставляются как физическим, так и юридическим лицам на договорной основе.

2.2. До заключения договора потребитель (заказчик) дает письменное согласие на оказание платной медицинской услуги и подтверждает получение информации о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в т.ч. назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя, в соответствии с утвержденной формой уведомления.

При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – соответственно программа, Территориальная программа).

Получение потребителем вышеуказанной информации оформляется уведомлением.

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются:

- 1) на иных условиях, чем предусмотрено программой и Территориальной программой и (или) целевыми программами; по желанию потребителя (заказчика);
- 2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;
- 4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных [статьей 21](#) Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной форме.

2.4. Платные медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения разрешенными на территории Российской Федерации и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.5. График работы медицинских работников, занятых оказанием платных медицинских услуг, составляется с учетом требований по разделению потоков пациентов, получающих медицинские услуги при реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в рамках Программы, и пациентов, получающих медицинские услуги на платной основе. Указанное разделение может осуществляться путем:

- оказания платных медицинских услуг в специально выделенных кабинетах;
- оказания платных медицинских услуг в кабинетах приема оказания медицинских услуг – по графику, не совпадающему по времени с оказанием бесплатных медицинских услуг.

3. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

3.1. Информация о платных медицинских услугах предоставляется бесплатно и размещается в доступных местах (на информационных стендах, кабинетах организации платных медицинских услуг), а так же на официальном сайте поликлиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (электронный адрес - soksp@stom163.ru; сайт - <http://stom163.ru>).

3.2. Информация о платных услугах содержит следующие сведения:

- наименование Учреждения;
- информацию о месте нахождения медицинского учреждения и его структурных подразделений (амбулаторно-поликлинических комплексов);
- данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- копия лицензии № **ЛО-63-01-004430** от **16.11.2017** г., выданная Министерством здравоохранением Самарской области, с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность учреждения;
- копия перечня платных медицинских услуг с условиями их оказания;
- копия тарифов с указанием цен в рублях на оказание платных услуг;
- текст Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- текст Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Самарской области;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы Учреждения, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- текст Постановления Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- текст «Правил предоставления платных медицинских услуг государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника»;
- книга жалоб и предложений.

3.3. Исполнитель предоставляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

- копию Устава Учреждения;
- копию лицензии № **ЛО-63-01-004430** от **16.11.2017** г., с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Учреждения.

3.4. При заключении договоров по требованию потребителя и (или) заказчика им предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- о порядке оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 07.12.2011 № 1496н) и клинических рекомендациях (утв. Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014г.), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4. Формирование тарифов на платные услуги.

4.1. Тарифы на платные медицинские услуги устанавливаются в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области от 15 июня 2011г. № 774 «Об утверждении порядка определения платы за оказание услуг (выполнение работ), относящихся к основным видам деятельности государственных бюджетных учреждений здравоохранения Самарской области, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Самарской области».

5. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг.

5.1. Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме, и должен содержать:

а) сведения об исполнителе:

- наименование Учреждения, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ «СОКСП» в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

з) порядок изменения и расторжения договора;

и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

5.2. Договор составляется:

- в 3 экземплярах (1 экземпляр – в виде публичного договора) в случае заключения договора между заказчиком и исполнителем, при этом один экземпляр - находится у исполнителя, второй - у заказчика, и в обязанности заказчика входит ознакомление с публичным договором потребителя;

- в 2 экземплярах - в случае если договор заключается потребителем и исполнителем.
- 5.3.** На предоставление платных медицинских услуг составляется спецификация (наряд-заказ). Спецификация (наряд-заказ) являются неотъемлемой частью договора.
- 5.4.** В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 5.5.** В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 5.6.** В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 5.7.** Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.
- 5.8.** Оплата за платные медицинские услуги, предоставляемые физическим лицам, производится в кассах Учреждения, с применением контрольно-кассовой техники или без применения контрольно-кассовой техники. Наличные денежные расчеты без применения контрольно-кассовой техники осуществляются в соответствии с порядком утвержденным Постановлением Правительства РФ от 6.05.2008 г. № 359.
- 5.9.** Потребителю выдается один экземпляр договора, кассовый чек или бланк строгой отчетности, приравненный к кассовым чекам (квитанция ф.0504510), утвержденным Приказом МФ РФ от 15.12.2010 г. № 173н. По требованию лица, оплатившего услуги, выдается справка установленной формы об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы.
- 5.10.** Исполнителем после исполнения договора по требованию потребителя (законного представителя потребителя) выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
- 5.11.** Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

6. Порядок предоставления платных медицинских услуг

- 6.1.** Учреждение предоставляет платные медицинские услуги надлежащим образом.
- 6.2.** Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- 6.3.** Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- 6.4.** о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- 6.5.** об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

6.6. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

7. Ответственность за правильность организации платных медицинских услуг.

7.1. Организация платных медицинских услуг в Учреждении осуществляется в соответствии с настоящими Правилами.

7.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

7.3. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления платной медицинской услуги ненадлежащим образом, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.4. ГБУЗ «СОКСП» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

8. Порядок рассмотрения споров.

8.1. Споры, возникающие при оказании платных медицинских услуг, разрешаются:

- а) заведующими отделений Учреждения;
- б) заместителем главного врача по медицинской части Учреждения;
- в) клинико-экспертной комиссией Учреждения;
- г) главным врачом Учреждения;
- д) территориальной организацией Стоматологической Ассоциации;
- е) министерством здравоохранения Самарской области;
- д) в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

**Порядок
документооборота при оказании платных медицинских услуг
населению**

Первичный пациент

Первичный пациент (пациент обратившийся первый раз в текущем году).

1. Регистратор:

Оформляется пакет документов с заполнением паспортной части на проведение первичного осмотра полости рта, стоимости услуги:

- уведомление;
- договор на оказание платных медицинских услуг;
- информированное согласие на медицинское вмешательство;
- информированное согласие пациента на обработку персональных данных;
- акт выполненных работ.

После регистратуры пациент направляется в кассу для оплаты первичного осмотра.

2. Кассир:

После оплаты медицинской услуги Потребителю/Заказчику выдается чек и **один экземпляр договора**, второй экземпляр договора остается в кассе.

После оплаты договора пациент направляется к врачу для получения услуги.

3. Врач:

Врач-стоматолог проводит осуществляет первичный осмотр Потребителя/Заказчика и устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Потребителя/Заказчика. По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте

В случае согласия пациента на дальнейшее лечение, пациенту озвучивается спецификация, стоимость предстоящего лечения, в экземпляр договора пациента вносится дополнительная сумма предстоящего лечения, которую он удостоверяет личной подписью.

Медицинская сестра на основании осмотра врача-стоматолога заносит вышеуказанную информацию в медицинскую документацию (договор на оказание платных медицинских услуг, медицинскую карту) и информационную базу данных поликлиники.

Врач проводит лечение.

После проведенного лечения пациент направляется в кассу для оплаты.

4. Кассир

Выдает пациенту для подписания 2 экземпляра спецификации и вносит на основании нее изменения в экземпляр договора, находящийся в кассе. Пациент расписывается и оплачивает услугу. Один экземпляр договора остается в кассе.

Расчеты за услуги могут производиться в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг, либо авансовым платежом в размере 30% до получения услуг, оставшаяся часть вносится по факту оказания услуг, либо по факту получения услуг.

Повторный прием пациента

1. Регистратор:

Оформляется пакет документов с заполнением паспортной части на проведение первичного осмотра полости рта:

- уведомление;

- договор на оказание платных медицинских услуг;
- информированное согласие на медицинское вмешательство;
- информированное согласие пациента на обработку персональных данных;
- акт выполненных работ.

После регистрации пациент направляется на лечение к врачу.

2. Врач:

Врач-стоматолог проводит осуществляет осмотр Потребителя/Заказчика и устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Потребителя/Заказчика. По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте

В случае согласия пациента на дальнейшее лечение, пациенту озвучивается спецификация, стоимость предстоящего лечения, в экземпляр договора пациента вносится дополнительная сумма предстоящего лечения, которую он удостоверяет личной подписью.

Медицинская сестра на основании осмотра врача-стоматолога заносит вышеуказанную информацию в медицинскую документацию (договор на оказание платных медицинских услуг, медицинскую карту) и информационную базу данных поликлиники.

После осмотра и согласования предварительной стоимости медицинских услуг, пациент с заполненным и подписанным договором направляется в кассу. Расчеты за услуги производятся в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг, либо авансовым платежом в размере 30% до получения услуг, оставшаяся часть вносится по факту оказания услуг, либо по факту получения услуг.

Врач проводит лечение.

После проведенного лечения пациент направляется в кассу для оплаты.

3. Кассир:

Выдает пациенту для подписания 2 экземпляра спецификации и вносит на основании нее изменения в экземпляр договора, находящийся в кассе. Пациент расписывается и оплачивает услугу. Один экземпляр договора остается в кассе.

Расчеты за услуги могут производиться в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг, либо авансовым платежом в размере 30% до получения услуг, оставшаяся часть вносится по факту оказания услуг, либо по факту получения услуг

Приложение № 1.3
к Правилам предоставления платных
медицинских услуг ГБУЗ «СОКСП»

Формы документов

УВЕДОМЛЕНИЕ

к договору об оказании платных медицинских услуг № ___ от «___» _____ 20__ г.

г. Самара

«___» _____ 20__ г.

Настоящим

уведомлением

я,

Потребитель/Заказчик _____

(Ф.И.О., дата рождения)

и

(паспортные данные- серия и номер паспорта, дата выдачи)

- уведомлен (-ы) о возможности получения соответствующей(-их) медицинской услуги (-г) без взимания платы на условиях, предусмотренных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Самарской области;

-ознакомлен (-ы) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления и порядком оплаты платной (-ых) медицинской (-их) услуги (-г) в соответствии с договором;

-уведомлен (-ы) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую (-ие) услугу (-ги)), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской (-их) услуги (-г), повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

-изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника»;

(Подпись)

-согласен на осуществление оплаты в полном размере стоимости оказываемых медицинских услуг при заключении договора об оказании платных медицинских услуг

(Подпись)

ДОГОВОР № _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Самара

« ____ » _____ 20 __ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника» ГБУЗ «СОКСП», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шухоровой Юлии Андреевны, действующей на основании Устава, Лицензии на оказание медицинских услуг № **ЛО-63-01-004430** от **16.11.2017** г., выданной Министерством здравоохранения Самарской области, г. Самара ул. Ленинская 73, тел. 3329309, свидетельства выданного Инспекцией Федеральной налоговой службы по Ленинскому району г. Самары ОГРН 1036300443277 от 02.08.1999г. и гражданин (ка) _____,

именуемый в дальнейшем «Потребитель/Заказчик», медицинская карта стоматологического больного № _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего договора является оказание Исполнителем собственными силами и средствами квалифицированной специализированной стоматологической помощи в соответствии с перечнем предоставляемых услуг и действующим прейскурантом Исполнителя.

1.1.1 Исполнитель на основании лицензии № **ЛО-63-01-004430** от **16.11.2017** госуществляет следующий перечень работ (услуг): при оказании доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, сестринской деятельностью, физиотерапии, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских

освидетельствований и медицинских экспертиз организуется и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2. Потребитель/Заказчик согласен на оказание медицинских услуг и оплачивает оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором. Согласие Потребителя/Заказчика с планом и объемом оказываемых услуг, с предварительным диагнозом оформляется записью в медицинской карте стоматологического больного, информированным добровольным согласием и заверяется подписями Потребителя/Заказчика и лечащего врача.

1.3. Объем, виды услуг, оказываемых Исполнителем Потребителю, их стоимость указываются в спецификации, которая является приложением к настоящему договору.

1.4. Исполнитель уведомил, а Потребитель/Заказчик осознает, что в случае если оказываемые в рамках Договора услуги полностью или частично входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и (или) иные программы, финансируемые из средств соответствующего бюджета, то Потребитель/Заказчик вправе получить такие Услуги бесплатно в соответствующих видах, объемах, порядке и на условиях, определяемых программами.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить качественное оказание медицинских услуг Потребителю/Заказчику согласно режима работы Исполнителя в соответствии с постановлением Правительства от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг и действующим прейскурантом. На оказанные услуги устанавливается гарантия _____ в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ГБУЗ «СОКСП» от 01.11.2012г.; Срок исполнения _____.

2.1.2. Обеспечить Потребителя/Заказчика доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о квалификации и сертификации специалистов, режиме работы, перечне платных услуг, их содержании, стоимости, порядке оказания.

2.1.3. В медицинской карте Потребителя/Заказчика определить объем необходимых стоматологических услуг в соответствии с имеющимся у Потребителя диагнозом.

2.1.3. Ознакомить и согласовать с Потребителем/Заказчиком план лечения. План лечения считается согласованным после его подписания лечащим врачом и Потребителем/Заказчиком.

2.1.4. Вести медицинскую документацию, в предусмотренных законом случаях выдавать Потребителю/Заказчику медицинские документы установленного образца. Вести учет вида объема оказанной медицинской помощи, а также средств, полученных от Потребителя/Заказчика.

2.1.5. Гарантировать потребителю право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, составляющих врачебную тайну, и обеспечивать ее конфиденциальность.

2.1.6. Ставить в известность Потребителя/Заказчика о предлагаемой сумме дополнительных расходов.

2.1.7. При отказе Потребителя/Заказчика от оказания услуг ему в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Отказ оформляется записью в медицинской документации и оформляется в медицинской документации и подписывается Потребителем/Заказчиком и медицинским работником. При отказе поставить свою подпись, запись об отказе подписывается заведующим отделением и лечащим врачом.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В одностороннем порядке отказаться от проведения лечения, если это не соответствует требованиям клинических рекомендаций и стандартам оказания медицинской помощи и может вызвать нежелательные последствия.

2.2.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем/Заказчиком условий оплаты услуг, грубом неисполнении врачебных назначений, правил внутреннего распорядка и нарушении режима работы Исполнителя.

2.2.3. Отказаться в обслуживании Потребителя/Заказчика, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению стоматологического лечения.

2.2.4. Приостановить оказание услуг Потребителю/Заказчику в случае задержки оплаты до разрешения разногласий.

2.2.5. В процессе исполнения договора изменить объем оказываемых услуг в связи с необходимостью проведения дополнительных методов исследования путем проведения необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. Явиться для оказания медицинских услуг в назначенное время.

Предупредить Исполнителя по телефону (846) 336-66-92, о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа.

2.3.2. Соблюдать все назначения лечащего врача и медицинского персонала, а также правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.3.3. Сообщить Исполнителю все необходимые сведения (наличие хронических заболеваний) для успешного оказания услуг.

2.3.4. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

2.3.5. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные профилактические осмотры не реже двух раз в год по окончании проведения лечения.

2.3.6. Производить оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которым Потребитель/Заказчик знакомится перед проведением лечения.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

2.4.2. Требовать оказания услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги.

2.4.3. В любое время получать в доступной форме информацию об объеме и качестве оказываемых Исполнителем услуг, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

2.4.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

2.5. Потребитель согласен с тем, что в процессе исполнения договора может возникнуть необходимость проведения дополнительных методов исследования путем проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору составляет _____.

3.2. Оплата услуг Потребителем/Заказчиком производится в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания Услуг, денежные средства вносятся наличным платежом в кассу или безналичным способом на расчетный счет Исполнителя. Расчеты за услуги производятся: 1. в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг, 2. авансовым платежом в размере 30% до получения услуг, оставшаяся часть вносится по факту оказания услуг, 3. по факту получения услуг.

3.3. В случае отказа Потребителя от получения услуг после заключения Договора, до или в процессе оказания ему Услуги (в том числе и комплексной), отказ оформляется записью в медицинской документации, на основании письменного заявления Потребителя. При этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.4. Возврат уплаченных Потребителем/Заказчиком денежных средств в случае отказа от получения Услуг производится Исполнителем при предъявлении паспорта Потребителя/Заказчика в течение 30 рабочих дней через кассу Исполнителя либо на расчетный счет, открытый в банке (кредитной организации).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность:

- за качество выполненных услуг лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Потребителя/Заказчика на момент обращения.

4.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Потребителя/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 наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в Анкете общего состояния здоровья;
- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Потребителя/Заказчика;
- если Потребитель не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

4.3. Потребитель/Заказчик несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача, своевременную и полную оплату медицинских услуг.

4.4. Претензии Потребителя/Заказчика по вопросам качества оказания медицинской помощи рассматриваются заведующими отделениями, при не достижении соглашения – главным врачом (заместителем главного врача), затем клинико-экспертной комиссией и (или) территориальной организацией Стоматологической Ассоциации в установленном порядке.

4.5. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная сторона несет ответственность и обязана возместить другой стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Споры и разногласия, возникшие при исполнении настоящего договора, разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. В течение срока действия договора он может быть досрочно прекращен, изменен в письменной форме по желанию одной из Сторон путем заключения соответствующего дополнительного соглашения, которое будет являться неотъемлемой частью Договора.

6.3. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического копирования либо аналога собственноручной подписи. **Потребитель/Заказчик полностью понимает всю информацию, изложенную в Договоре, имел возможность задать все интересующие вопросы и получил на них исчерпывающие ответы, вопросов по существу изложенного не имеет. Потребитель ознакомлен с действующим Прейскурантом до подписания Договора. Второй экземпляр Договора Потребитель получил лично на руки.**

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника»

443096, г. Самара, ул. Клиническая, 39

ИНН 6315800386 КПП 631501001

Министерство управления финансами Самарской области

(ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника» л/сч № 612.01.021.0)

Счет получателя: Казначейский счет бюджетного учреждения (расчетный счет) № 03224643360000004200

в Отделение Самара Банка России//УФК по Самарской области г. Самара

Единый казначейский счет (Корр счет) № 40102810545370000036

Главный врач

Ю.А. Шухорова

«__» _____ 20__ г.

ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК

фамилия, имя, отчество

ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК (законный представитель)

фамилия, имя, отчество

домашний адрес

документ, удостоверяющий личность

«__» _____ 20__ г.

ДОГОВОР № _____
об оказании платных медицинских услуг по ортопедии

г. Самара

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника» ГБУЗ «СОКСП», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шухоровой Юлии Андреевны, действующей на основании Устава, Лицензии на оказание медицинских услуг № ЛО-63-01-002433 от 03.02.14г., выданной Министерством здравоохранения Самарской области, г. Самара ул. Ленинская 73, тел. 3329309, свидетельства выданного Инспекцией Федеральной налоговой службы по Ленинскому району г. Самары ОГРН 1036300443277 от 02.08.1999г. и _____, (ка) _____, гражданин _____,

именуемый в дальнейшем «Потребитель/Заказчик», медицинская карта стоматологического больного № _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего договора является оказание Исполнителем собственными силами и средствами квалифицированной специализированной стоматологической помощи по ортопедии в соответствии с перечнем предоставляемых услуг и действующим прейскурантом Исполнителя.

1.1.1 Исполнитель на основании лицензии № ЛО-63-01-002433 от 03.02.14г. осуществляет следующий перечень работ (услуг): при оказании доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, сестринской деятельностью, физиотерапии, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуется и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2. Потребитель/Заказчик согласен на оказание медицинских услуг и оплачивает оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором. Согласие Потребителя/Заказчика с планом и объемом оказываемых услуг, с предварительным диагнозом оформляется записью в медицинской карте стоматологического больного, информированным добровольным согласием и заверяется подписями Потребителя/Заказчика и лечащего врача.

1.3. Объем, виды услуг, оказываемых Исполнителем Потребителю, их стоимость указываются в наряде (талоне), который является приложением к настоящему договору.

1.4. Исполнитель уведомил, а Потребитель/Заказчик осознает, что в случае если оказываемые в рамках Договора услуги полностью или частично входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и (или) иные программы, финансируемые из средств соответствующего бюджета, то Потребитель/Заказчик вправе получить такие Услуги бесплатно в соответствующих видах, объемах, порядке и на условиях, определяемых программами.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить качественное оказание медицинских услуг Потребителю/Заказчику согласно режима работы Исполнителя в соответствии с постановлением Правительства от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг и действующим прейскурантом. На оказанные услуги устанавливается гарантия _____ в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ГБУЗ «СОКСП» от 01.11.2012г.; Срок исполнения _____.

2.1.2. Обеспечить Потребителя/Заказчика доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о квалификации и сертификации специалистов, режиме работы, перечне платных услуг, их содержании, стоимости, порядке оказания.

2.1.3. В медицинской карте Потребителя/Заказчика определить объем необходимых стоматологических услуг в соответствии с имеющимся у Потребителя диагнозом.

2.1.3. Ознакомить и согласовать с Потребителем/Заказчиком план лечения. План лечения считается согласованным после его подписания лечащим врачом и Потребителем/Заказчиком.

2.1.4. Вести медицинскую документацию, в предусмотренных законом случаях выдавать Потребителю/Заказчику медицинские документы установленного образца. Вести учет вида объема оказанной медицинской помощи, а также средств, полученных от Потребителя/Заказчика.

2.1.5. Гарантировать потребителю право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, составляющих врачебную тайну, и обеспечивать ее конфиденциальность.

2.1.6. Ставить в известность Потребителя/Заказчика о предлагаемой сумме дополнительных расходов.

2.1.7. При отказе Потребителя/Заказчика от оказания услуг ему в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Отказ оформляется записью в медицинской документации и оформляется в медицинской документации и подписывается Потребителем/Заказчиком и медицинским работником. При отказе поставить свою подпись, запись об отказе подписывается заведующим отделением и лечащим врачом.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В одностороннем порядке отказаться от проведения лечения, если это не соответствует требованиям клинических рекомендаций и стандартам оказания медицинской помощи и может вызвать нежелательные последствия.

2.2.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем/Заказчиком условий оплаты услуг, предусмотренных настоящим договором, грубом неисполнении врачебных назначений, правил внутреннего распорядка и нарушении режима работы Исполнителя.

2.2.3. Отказать в обслуживании Потребителя/Заказчика, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению стоматологического лечения.

2.2.4. Приостановить оказание услуг Потребителю/Заказчику в случае задержки оплаты до разрешения разногласий.

2.2.5. В процессе исполнения договора изменить объем оказываемых услуг в связи с необходимостью проведения дополнительных методов исследования путем проведения необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. Явиться для оказания медицинских услуг в назначенное время.

Предупредить Исполнителя по телефону (846) 336-12-41, о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа.

2.3.2. Соблюдать все назначения лечащего врача и медицинского персонала, а также правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.3.3. Сообщить Исполнителю все необходимые сведения (наличие хронических заболеваний) для успешного оказания услуг.

2.3.4. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

2.3.5. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные профилактические осмотры не реже двух раз в год по окончании проведения лечения.

2.3.6. Производить оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которым Потребитель/Заказчик знакомится перед проведением лечения.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1 На выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

2.4.2. Требовать оказания услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги.

2.4.3. В любое время получать в доступной форме информацию об объеме и качестве оказываемых Исполнителем услуг, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

2.4.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

2.5. Потребитель согласен с тем, что в процессе исполнения договора может возникнуть необходимость проведения дополнительных методов исследования путем проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору составляет _____.

3.2. Оплата услуг Потребителем/Заказчиком производится в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания Услуг, наличным платежом в кассу или безналичным способом на расчетный счет Исполнителя. Расчеты за услуги производятся в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг, либо авансовым платежом в размере 30% до получения услуг, оставшаяся часть вносится по факту оказания услуг, либо по факту получения услуг.

3.3. В случае отказа Потребителя от получения услуг после заключения Договора, до или в процессе оказания ему Услуги (в том числе и комплексной), отказ оформляется записью в медицинской документации, на основании письменного заявления Потребителя. При этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.4. Возврат уплаченных Потребителем/Заказчиком денежных средств в случае отказа от получения Услуг производится Исполнителем при предъявлении паспорта Потребителя/Заказчика в течение 30 рабочих дней через кассу Исполнителя либо на расчетный счет, открытый в банке (кредитной организации).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность:

- за качество выполненных услуг лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Потребителя/Заказчика на момент обращения.

4.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Потребителя/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 наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в Анкете общего состояния здоровья;

- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Потребителя/Заказчика;

- если Потребитель не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

4.3. Потребитель/Заказчик несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача, своевременную и полную оплату медицинских услуг.

4.4. Претензии Потребителя/Заказчика по вопросам качества оказания медицинской помощи рассматриваются заведующими отделениями, при не достижении соглашения – главным врачом (заместителем главного врача), затем клинико-экспертной комиссией и (или) территориальной организацией Стоматологической Ассоциации в установленном порядке.

4.5. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная сторона несет ответственность и обязана возместить другой стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Споры и разногласия, возникшие при исполнении настоящего договора, разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

6.4. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.5. В течение срока действия договора он может быть досрочно прекращен, изменен в письменной форме по желанию одной из Сторон путем заключения соответствующего дополнительного соглашения, которое будет являться неотъемлемой частью Договора.

6.6. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического копирования либо аналога собственноручной подписи. Потребитель/Заказчик полностью понимает всю информацию, изложенную в Договоре, имел возможность задать все интересующие вопросы и получил на них исчерпывающие ответы, вопросов по существу изложенного не имеет. Потребитель ознакомлен с действующим Прейскурантом до подписания Договора. Второй экземпляр Договора Потребитель получил лично на руки.

ИСПОЛНИТЕЛЬ**ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая
поликлиника»**

443096, г. Самара, ул. Клиническая, 39

ИНН 6315800386 КПП 631501001

Министерство управления финансами Самарской области

(ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая
поликлиника» л/сч № 612.01.021.0) р/с 40601810036013000002

Отделение Самара, г. Самара.

Главный врач

_____ Ю.А. Шухорова

«__» _____ 20__ г.

ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК_____
фамилия, имя, отчество**Законный представитель**_____
фамилия, имя, отчество_____
домашний адрес_____
документ, удостоверяющий

личность

_____/_____/

«__» _____ 20__ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на проведение стоматологического лечения**

Я, _____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

проинформирован

(а)

врачом

о правах пациента в соответствии со ст. ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23 федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

По моему согласию в доступной форме мною получена полная информация:

- о целях, методах оказания медицинской помощи и связанном с ними риске;
- о наличии и диагнозе заболевания и возможности его

последующего изменения в связи с проведением комплексного обследования;

- о возможных вариантах медицинского вмешательства, а также возникновения необходимости осуществления дополнительных медицинских действий, исследований или операций;

- о вероятной длительности лечения;

- о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи и возможных последствиях;

- о последствиях отказа от предлагаемого лечения;

- о гарантийных сроках, действующих в ГБУЗ «СОКСП».

Я сообщил(а) врачу о наличии имеющихся у меня заболеваний.

Я даю согласие на проведение диагностического обследования, в том числе рентгенологического.

Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

На основании полученной информации я даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство _____

(Наименование медицинского вмешательства)

« ____ » _____ 201__ г.

(Фамилия, Имя, Отчество, подпись пациента – полностью)

(Фамилия, Имя, Отчество, подпись врача – полностью)

« ____ » _____ 201 ____ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на проведение ортопедического лечения**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 18, 19, 20, 21, 22, 23 федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я _____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

Подтверждаю, что мне сообщена вся интересующая меня информация о предстоящем ортопедическом лечении.

Я соглашаюсь с тем, что ортопедическое лечение будет проводить врач-ортопед

Врач _____ поставил _____ мне _____ следующий _____ диагноз _____

Предложенный план обследования и лечения, согласован мной _____

Предложено _____ изготовление _____ следующей _____
конструкции _____

на _____ челюсть _____ из _____

материалов _____

Примерная стоимость изготовления протеза составляет около _____

Мне известен прейскурант, принятый в клинике.

Я получил(а) от своего лечащего врача подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от протезирования, об альтернативных методах протезирования и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти в процессе изготовления протезов и во время их эксплуатации.

Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Я понимаю необходимость качественной подготовки зубов и тканей пародонта к протезированию, а также необходимость их рентгенологического обследования.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я проинформировал доктора о всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время, и предупрежден(а) о возможности аллергии на некоторые стоматологические материалы применяемые для изготовления зубных протезов (металл, пластмасса, отгисковые массы и т. д.)

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, протезирование является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования в соответствии с клиническими рекомендациями ведения пациентов.

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с установленным планом лечения.

Я понимаю, что через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч. возникновении переломов протезов, трещин, отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирания зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я согласен, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом, и понимаю, что при определенном сроке гарантии на протезы, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

План стоматологического лечения изложен в амбулаторной карте стоматологического больного и подписан мной.

Я согласен с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно _____

(подпись пациента)

Я не согласен с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно _____

(подпись пациента) вместо предложенного протеза я желаю получить _____

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, указанных в «Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника», (размещенном на информационном стенде для пациентов), и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я понимаю, что в случаях их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

_____.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода.

На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я удостоверяю своей подписью следующие факты:

- данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;
- я понимаю назначение данного документа;
- я подтверждаю свое согласие на проведение ортопедического лечения с учетом названных обстоятельств.

« ____ » _____ 201__ г.

(Фамилия, Имя, Отчество, подпись пациента – полностью)

(Фамилия, Имя, Отчество, подпись врача – полностью)

АКТ № _____
выполненных работ (оказанных услуг)

« ____ » _____ 201__ г.
г. Самара

Исполнитель ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника»
(Исполнитель) в лице
главного врача Шухорой Юлии Андреевны и Заказчик

_____ (Ф.И.О.)

Составили настоящий акт о том, что выполненная работа (услуга): стоматологическая платная медицинская услуга удовлетворяет условиям договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 201__ г.

Количество услуг _____.

Стоимость услуг составляет _____ без НДС.

Сумма аванса по договору составляет _____.

Стороны взаимных претензий не имеют.

Настоящий акт составлен в 2 (двух) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика.

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая
поликлиника»

Главный врач
_____ Ю.А. Шухорова
« ____ » _____ 20__ г.

ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК

фамилия, имя, отчество

/ _____ /
« ____ » _____ 20__ г.