

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомил Пациента, Представителя пациента о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершить ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

До заключения договора Пациент, Представитель пациента в доступной форме уведомлен о Правилах и порядке, условиях, формах оказания медицинских услуг и их оплаты в ООО "ВитаСмайл", о Правилах Поведения в медицинском учреждении, о Цена, действующих на момент обращения, о сроках гарантий и сроках службы на выполняемые работы (оказываемые услуги). Вся информация представлена мне и расположена в Уголке Потребителя и на сайте www.vitasmile.ru

Договор разработан на основе Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 года №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и ФЗ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Пациента _____ / _____
ФИО представителя (полностью) _____ Подпись _____

Для подтверждения «законности своего представительства» лицу, представляющему интересы несовершеннолетнего пациента, достаточно предъявить документ, подтверждающий, что они являются родителями или опекунами (Статья 64, Семейный кодекс РФ). Для этого нужно предъявить документ, удостоверяющий личность одного из родителей (опекуна) и свидетельство о рождении ребенка. Эти документы в оригинале необходимо иметь при первом обращении за медицинской помощью.

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Челябинск

Дата:

ООО «ВитаСмайл», именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», свидетельство ОГРН 1057422004727 серия 74 №002870132 выдано ИФНС по Курчатковскому району гор. Челябинска в лице исполнительного директора Хасановой Н. Г., действующей на основании Доверенности 74 АА 56833752 от 17.12.2021, регистрационный номер лицензии № ЛО-74-01-003517 от 17.03.2016 г. за регистрационным номером № Л041-01024-74/00304940 от 12 декабря 2022 г на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (адрес: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел. 8 (351) 263-52-62 (в соответствии с перечнем выполняемых работ, оказываемых услуг: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, медицинскому массажу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, челюстно-лицевой хирургии, анестезиологии и реаниматологии, дерматовенерологии, косметологии, акушерству и гинекологии, гастроэнтерологии, кардиологии, неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, пластической хирургии, рентгенологии, сердечно-сосудистой хирургии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, при проведении медицинских экспертиз: экспертиза временной нетрудоспособности)

ФИО пациента (полностью), дата рождения (число, месяц, год)
именуемый (ая), в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:
«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, (далее - договор);

«пациент» - 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 пациента;

«медицинская организация» - организация, предоставляющая платные медицинские услуги пациенту;

«прейскурант платных медицинских услуг» является официально утвержденным документом Медицинской организации и предусматривает конкретный перечень и стоимость медицинских услуг, предназначенный для ознакомления пациента и заказчика

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать пациенту платную медицинскую услугу в соответствии с видом деятельности, указанном в Лицензии на осуществление медицинской деятельности, а пациент обязуется принять и оплатить оказанные услуги по прейскуранту исполнителя в соответствии с настоящим Договором, и выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги.

2.2. Стоимость и сроки оказания медицинской услуги, согласовываются с пациентом в расчете лечения /плана лечения /смете /акте/ и/дс, которые являются неотъемлемой частью договора, а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором и действующим на момент обращения прейскурантом.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. По заданию пациента поручить врачам ООО «ВитаСмайл» осуществить в оговоренное с пациентом время качественное обследование пациента для установления предварительного диагноза, определения объема необходимого лечения и его стоимости, огласить результаты обследования, исчерпывающе проинформировать пациента, отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте пациента.

3.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации

3.1.3. Информировать пациента о стоимости услуг (и) до ее (их) оказания: называть конкретную сумму, когда объём и характер работы очевидны; или называть предварительную сумму, когда объём и характер работы можно определить только в процессе лечения.

3.1.4. Предложить пациенту ознакомиться и подписать информированное согласие на планируемое медицинское вмешательство.

Подпись пациента _____ / _____

- 3.1.5. Выполнить работы в сроки, установленные лечащим врачом, и указанные в амбулаторной карте пациента, (при условии соблюдения пациентом сроков явки на приёмы).
- 3.1.6. Обеспечить качество медицинских услуг в соответствии с медицинскими показаниями, стандартами, требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, с использованием современных технологий лечения.
- 3.1.7. Информировать пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать в процессе и (или) после лечения для сохранения достигнутого результата лечения.
- 3.1.8. Определить для пациента гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых исполнитель будет выполнять свои обязательства.
- 3.1.9. Предложить пациенту рекомендованный план лечения, с указанием этапов медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности и сроков их исполнения, осуществление которого является наиболее эффективным, рациональным, современным на момент обращения пациента и окажет положительное влияние на состояние здоровья пациента.
- 3.2. Исполнитель имеет право:
- 3.2.1. Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день оказания услуг, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний; по причине задержки лечащего врача при оказании услуг другим пациентам; болезни лечащего врача, а также, в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения; сбой в работе оборудования и программного обеспечения Исполнителя, иных существенных причин.
- 3.2.2. В случае непредвиденного отсутствия врача в день приема, назначить другого специалиста соответствующего профиля;
- 3.2.3. Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае: если пациент, несмотря на своевременное и обоснование информирование Исполнителем, в разумный срок не устранил обстоятельства, которые могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг (несоблюдение врачебных рекомендаций, ненадлежащее использование медицинских изделий и т.д.); – отказа лечащего врача от наблюдения и лечения Пациента на время, необходимое для поиска другого врача Исполнителем; – отсутствия медицинских показаний (или наличия противопоказаний) к определенному медицинскому вмешательству; – алкогольного, наркотического опьянения Пациента; – при некорректном поведении Пациента в отношении работников Исполнителя и/или пациентов; – несвоевременной оплаты медицинских услуг.
- 3.3. Пациент обязуется:
- 3.3.1. Соблюдать правила поведения пациентов в клиниках Исполнителя, соблюдать график визитов (приемов) для диагностики, лечения, плановых осмотров, лечебно-охранительный режим; выполнять устные и письменные рекомендации, назначения лечащего врача.
- 3.3.2. Предоставить необходимую для исполнителя достоверную информацию в анкете о состоянии своего здоровья (либо лица, в интересах которого заключён настоящий договор)
- 3.3.3. Удостоверить личной подписью следующее: информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства; сообщённые сведения о своём здоровье; факт ознакомления с рекомендованным и выполняемым планом лечения, финансовой сметой, актом выполненных работ и т.д.; факт ознакомления с назначениями, рецептами и рекомендациями.
- 3.3.4. Оплатить стоимость оказанной услуги исполнителя в соответствии с действующим прайсом и настоящим договором. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт выполненных услуг.
- 3.3.5 В период получения медицинской услуги и после ее оказания соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения. Своевременно посещать лечебные, последующие профилактические приемы не реже, чем 2 раза в год, осуществлять необходимую подготовку к отдельным медицинским вмешательствам.
- 3.3.6 В случае возникновения дискомфорта, болевых ощущений, отеков, в процессе лечения и в течение гарантийного срока немедленно обратиться к исполнителю. В случае обращения за экстренной помощью в другую клинику, предоставить в ближайшее время выписку из амбулаторной карты о проведенных лечебных манипуляциях и рентгеновские снимки исполнителю по телефону 83517299629 или по адресу электронной почты исполнителя: info@vitasmile.ru
- 3.3.7 Соблюдать условия предоставления гарантий, график и своевременность явки на прием к лечащему врачу, сроки явки на профилактические осмотры, приемы.
- 3.3.8. Пациент предоставляет Исполнителю право вести фото и видео протокол манипуляций по выбору врача(ей) Исполнителя.
- 3.4. Пациент имеет право:
- 3.4.1. Получать полную и достоверную информацию: о состоянии полости рта, о состоянии кожи, о состоянии его здоровья в рамках деятельности медицинской организации; о сущности, рекомендуемых в его случае методик лечения, операций, применяемых медикаментов, материалов; о противопоказаниях, возможных осложнениях и временного дискомфорта, которые могут возникнуть в процессе лечения и после, в связи с медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями пациента, а также общим состоянием его здоровья.
- 3.4.2. Выбрать лечащего врача, с согласия последнего.
- 3.4.3. Отказаться от услуг Исполнителя посредством письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных услуг и всех понесенных исполнителем затрат по договору.

4. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ.

- 4.1. Стоимость услуги и цена Договора, согласовывается сторонами в Предварительном плане лечения либо «Расчете лечения» /плане лечения /смете /акте/ и/с складывается из общей стоимости услуг, оказанных пациенту в течение срока действия Договора.
- 4.2. Стоимость услуг определяется в соответствии с объемом планируемых работ и прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным исполнителем, с которым пациент - предварительно ознакомлен.
- 4.3 Пациент полностью оплачивает оказанную услугу в кассу исполнителя наличными денежными средствами, с использованием платежных банковских карт и/или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на счет, указанный в п. 10 Договора в течение 1 (одного) часа с момента оказания услуги (ее части), согласно предоставленному «Расчету лечения/ акту».
- 4.4. При оказании медицинских услуг по стоматологическому протезированию, установке брекет систем, процедур аппаратной косметологии стоимость работы определяется сметой, выставленной на данный этап лечения, который с согласия пациента может быть оплачен в полном размере предоплатой либо путем внесения аванса, что гарантирует сохранения стоимости лечения, в связи с длительным периодом оказания медицинской услуги. При расторжении договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги.
- 4.5. Гарантия сохранения стоимости услуг по плану лечения сохраняется только при внесении 100% предоплаты за предполагаемые по плану лечения услуги.
- 4.6. В случае лечения пациента по договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю, оплачиваются страховой компанией. Прочие услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются

Подпись пациента _____/_____

пациентом в соответствии с настоящим Договором.

4.7. Осуществление оплаты означает согласие пациента с объемом оказанных стоматологических услуг и их стоимостью.

4.8. Отсрочка, взаимозачёт и иные формы оплаты согласовываются сторонами дополнительно в письменной форме с определением сроков расчёта, по заявлению пациента.

5. СРОКИ

5.1. Сроки оказания услуг зависят от конкретного вида медицинской помощи. Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг незамедлительно с моментом обращения Пациента к Исполнителю. Продолжительность срока оказания медицинских услуг определяется исходя из медицинских показаний и согласовывается с Пациентом путем внесения записи в медицинскую карту.

5.2. Срок оказания услуг продлевается на соответствующее количество дней в случаях: временной приостановки лечения Пациентом на количество дней приостановки; необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов; необходимости изменения плана и/или этапов лечения.

5.3. При выявлении у Пациента в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения патологии, которая требует экстренного лечения, онкопатологии, а также патологии, лечение которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и/или индивидуальных особенностей организма Пациента, окончательный срок оказания услуг не может быть установлен и сторонами не устанавливается.

6. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

6.1. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществленный результат: пломбы, вкладки, реставрации, съемные и несъемные протезы и т.д. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции, косметологические процедуры, консультационные приемы и прочие не овеществленные результаты услуги гарантии выражаются в качественном их оказании. Гарантийные обязательства сторон отражены в Гарантийном положении, с которым пациент может ознакомиться на интернет-сайте www.vitasmile.ru либо в Уголке потребителя на информационных стендах.

6.2. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при соблюдении пациентом следующих условий:

6.2.1. Выполнением пациентом комплексного плана лечения в сроки, согласованные с лечащим врачом.

6.2.2. При соблюдении пациентом постлечебного здоровье-охранительного режима, а именно периодическое посещение врача с целью профессионального осмотра не реже 1 раза в 6 месяцев. Подтверждением является отметка в медицинской карте пациента о явке на профилактический осмотр и прохождение пациентом профилактических мероприятий у исполнителя в сроки, рекомендованные лечащим врачом исполнителя;

6.3. Гарантийные обязательства НЕ сохраняются:

6.3.1. При невыполнении пациентом назначенного лечения в сроки, регламентируемые п. 5.1. настоящего договора, не соблюдением сроков профилактических осмотров, указанных в п. 6.2.2.

6.3.2. В случае выявления или возникновения у пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приёма лекарственных препаратов, систематических заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в организме, о чем пациент не предупредил врача до начала и, в случае длительного лечения, во время прохождения лечения и не было отражено в анкете пациентом.

6.3.3. При наличии у пациента декомпенсированной формы кариеса, генерализованного пародонтита или патологической стираемости зубов.

6.3.4. В случае обращения пациента в другую медицинскую клинику с целью продолжения лечения, начатого у исполнителя, а также исправления недостатков работы исполнителя, а также самовольного прерывания лечения.

6.3.5. В случае невозможности обратиться за экстренной помощью к исполнителю и получения помощи в другой клинике, при непредставлении в течении 2х недель выписки из амбулаторной карты о проведенных лечебных манипуляциях и рентгеновские снимки исполнителю.

6.3.6. В случае нарушения п.3.3 настоящего Договора, а именно не соблюдение Правил, предоставление не полной или недостоверной информации о состоянии своего здоровья.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Ответственность сторон в случае нарушения условий настоящего договора, определяется в соответствии с текущим разделом, в случае не урегулированных данным разделом, в соответствии с действующим Законодательством РФ.

7.2. В случае оказания медицинских услуг ненадлежащего качества и объёма исполнитель несёт ответственность при наличии своей вины в соответствии с действующим Законодательством РФ.

7.3. В случае нарушения п.4 настоящего договора, пациент оплачивает исполнителю неустойку в размере 0,3% за каждый день просрочки исполнения.

7.4. В случае отказа пациента от завершения начатой работы исполнитель возвращает уплаченную пациентом сумму за вычетом стоимости той части работы, которая уже выполнена.

7.5. Исполнитель освобождается от ответственности, если докажет, что медицинские услуги были оказаны качественно, в случае наличия обстоятельств непреодолимой силы, а также в случае нарушения Пациентом установленных правил использования работы (услуги), под которыми в медицинской практике могут пониматься: невыполнение или нерегулярное выполнения Пациентом врачебных рекомендаций; самовольное прерывание проводимого лечения, самолечение.

7.6. Исполнителя может быть освобожден от ответственности в случаях прерывание лечения по причинам, связанным с нарушением Пациентом условий по настоящему договору.

7.7. Подписывая Данный договор пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, подтверждает свое ознакомление с перечнем и стоимостью медицинских услуг, установленных расценками прайса, с Правилами поведения пациентов, с Правилами оказания медицинских услуг, порядком оплаты, сроками оказания, с положением о Гарантиях Исполнителя и обязуется их соблюдать.

7.8. Пациент несёт ответственность за достоверность сведений, указанных в договоре, анкете о состоянии здоровья.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор заключается с согласия обеих сторон в двух экземплярах (имеющих равную юридическую силу) по одному для каждой стороны.

8.2. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств или до момента его расторжения в соответствии с условиями Договора или Законами РФ, при условии посещения пациентом клиники не реже 1 раза в течении 12 месяцев. При отсутствии посещений клиники Пациентом более 12 месяцев Договор считается расторгнутым.

8.3. Подписывая Договор, пациент подтверждает, что предварительно ознакомился с перечнем и стоимостью оказываемых услуг.

8.4. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

Подпись пациента _____ / _____

8.5. Неотъемлемой частью настоящего договора являются анкета о состоянии здоровья информированные согласия, указанные в п. 3.3.2., п.3.1.4. настоящего договора, памятки и рекомендации.

8.6. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и пациентом по вопросам качества, обследования и лечения, спор между сторонами рассматривается исполнителем, а при необходимости Врачебной комиссией исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов для участия в заседании Врачебной комиссии. Пациент разрешает исполнителю при необходимости проводить оценку качества работы с передачей врачам персональных данных и информации о состоянии здоровья пациента, содержащейся в медицинской карте у учетом сохранения медицинской тайны. Все спорные моменты оформляются сторонами в письменном виде. Срок устранения спорных вопросов, претензий исполнителем 6 месяцев.

8.8. Законный представитель пациента имеет право передавать свои полномочия по оплате и подписанию документов (договора, анкеты, ИДС, и т.д.) третьему лицу путем выдачи ему доверенности, заверенной нотариально.

8.9. Во всем остальном, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

9.1. При подписании Договора Пациент дает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» (в том числе биометрических персональных данных), включая фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установление медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи по средством телефонных звонков и СМС и иных мессенджеров.

9.2. Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными, обусловленные целью предоставленного согласия, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе путем внесения их в электронную базу данных Исполнителя.

9.3. Настоящее согласие действует бессрочно до момента подачи в письменном виде Исполнителю заявления об отзыве своего согласия на обработку персональных данных, после чего Исполнитель обязуется прекратить их обработку в течение тридцати рабочих дней, с момента получения указанного заявления Пациента, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

9.4. Исполнитель гарантирует неразглашение передаваемых Пациентом сведений, составляющих врачебную тайну: информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, его диагнозе и иных данных, полученных при его обследовании и лечении. Пациент разрешает Исполнителю предоставлять сведения о факте своего обращения за медицинский помощью, состоянии здоровья, диагнозе, снимках и иные сведения, полученные при обследовании и лечении следующим лицам:

9.5. Пациент проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение с фиксацией видео и аудио данных, а также запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике и проведения контроля качества оказания медицинских услуг, и дает на это свое согласие.

9.6. При подписании договора Пациент дает свое согласие на использование его изображений без выплаты ему вознаграждения в рекламной кампании ООО «ВитаСмайл». Изображения Пациента могут быть использованы в печатной рекламе, рекламе в интернете, наружной рекламе. ООО «ВитаСмайл» имеет право обнародовать и в дальнейшем использовать изображения полностью или фрагментарно: воспроизводить, распространять, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, сообщать в эфир и по кабелю, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения. ООО «ВитаСмайл» обязуется не использовать изображение Пациента способами, порочащими его честь, достоинство и деловую репутацию.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

<u>ИСПОЛНИТЕЛЬ:</u>	<u>ПАЦИЕНТ:</u>
ООО «ВитаСмайл»	ФИО (представитель, заказчик):
Юр. адрес: г. Челябинск 454091 Труда ул. д.85	ФИО (пациент):
Факт. адреса:	Паспорт: серия №
г. Челябинск 454091 Труда ул. д.85	Выдан
г. Челябинск 454047 ул.Б.Хмельницкого 31, н.п. №10	
г. Челябинск 454128 ул. Чичерина д.21, н.п. № 5	Код подразделения:
г. Челябинск 454000 ул. Бейвеля д.42, н.п. № 6	От г.
ИНН: 7448066335 КПП: 745301001 БИК: 047501982	ИНН:
р\сч. 40702810607110028859 в ПАО «ЧЕЛИНДБАНК» к\сч 30101810400000000711	Адрес:
Тел. 8(351)729-96-29, www.vitasmile.ru , info@vitasmile.ru	
Исполнительный директор: Хасанова Н.Г. _____ (подпись) МП	ФИО (полностью): _____ (подпись)

Подпись пациента _____ / _____

Информированное добровольное согласие пациента на предварительный осмотр и консультацию в ООО «ВитаСмайл»

Приложение к договору на оказание платных стоматологических услуг от _____ 20 ____ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Дата _____

Я, _____, добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ВитаСмайл», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья (здоровья моего подопечного) и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, тела, кожи, а так же проведение манипуляции и исследований.

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском вмешательстве. Я предоставляю имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, рентгенологические исследования, проводимые для получения максимально полной картины состояния органов, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я понимаю, что для проведения комплексного стоматологического лечения пациенту рекомендовано:

- рентгенологическое обследование – ортопантограмма, компьютерная томограмма, телерентгенограмма.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

- Проведение профессиональной гигиены полости рта.

- Получить консультацию: стоматолога терапевта, имплантолога, парадонтолога, ортодонта, хирурга;

- Получить консультацию смежных специалистов общего профиля.

Я понимаю, что для проведения комплексного косметологического лечения пациенту рекомендовано:

- Проведение аппаратной диагностики кожи лица и тела.

- Предоставить результаты необходимых анализов и назначенных обследований

- Получить консультацию смежных специалистов: терапевта, эндокринолога и иного профиля.

Я понимаю, что для проведения комплексного амбулаторного лечения пациенту рекомендовано:

- Предоставить результаты необходимых анализов и назначенных обследований

- Получить консультацию врача терапевта, невролога, хирурга и иного профиля, назначенных специалистом первичного приема.

Я в доступной и понятной мне форме проинформирован(а) врачом о результатах предварительного осмотра, получил(а) сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболеваний, диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисков.

Я даю информированное добровольное согласие в отношении меня на следующие виды медицинских вмешательств:

№	Наименование	Стоимость, руб.

Я предоставил всю изустную мне информацию о состоянии моего здоровья на момент обращения, перенесенных травмах, заболеваниях, предоставил достоверные данные в анкете о состоянии здоровья. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

Я понимаю, что невыполнение назначений и рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и к клинике.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные средства.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

С прейскурантом ознакомлен, оплату гарантирую.

Подпись пациента с 15 лет _____ / _____
ФИО пациента

Подпись представителя _____ / _____
ФИО представителя пациента

Беседу провел врач _____ / _____

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном).

Подпись пациента _____ / _____

Определения и понятия в целях проведения осмотра, консультации, лечения пациента в ООО «ВитаСмайл»

Приложение к договору на оказание платных стоматологических услуг от _____ 20____ г.

- сбор анамнеза (опрос, в том числе выявление жалоб), представляющий собой сбор методом опроса пациента с целью получения совокупности сведений о пациенте и его заболевании
- проведение антропометрических исследований, представляющих собой оценку показателей физического развития (вес, рост и т.д.)
- выполнение термометрии с целью оценки температуры тела
- выполнение тонометрии, то есть измерения артериального давления при помощи тонометра
- выполнение осмотра, в том числе пальпации (метода медицинского обследования, основанного на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони осязывающей руки для определения свойства тканей и органов, их положения, величины, формы, консистенции, подвижности, топографических соотношений, а также болезненности исследуемого органа),
- перкуссии (метода медицинского обследования, заключающегося в постукивании отдельных участков тела и анализе возникающих при этом звуковых явлений с целью определения топографии внутренних органов, физического состояния и функции лёгких, сердца, желудка, печени, селезёнки),
- аускультации (метода физикальной диагностики, заключающегося в выслушивании звуков, образующихся в процессе функционирования органов),
- отоскопии (визуального метода исследования наружного слухового прохода, барабанной перепонки, среднего уха посредством отоскопа
- риноскопии (метода исследования носовой полости с целью её осмотра через носовое отверстие при помощи носового зеркала или через рот и носоглотку при помощи шпателя),
- фарингоскопии (метода визуального исследования глотки с использованием шпателя, носоглоточного или гортанного зеркал, лобного рефлектора и других инструментов),
- непрямой ларингоскопии (метода визуального исследования гортани с помощью гортанного зеркала),
- вагинального исследования для женщин (гинекологического осмотра в гинекологическом кресле, включающего осмотр наружных половых органов, области заднего прохода, внутреннего осмотра влагалища и шейки матки при помощи медицинских зеркал, ручное влагалищное исследование посредством введения во влагалище указательного и среднего пальцев),
- кольпоскопии для женщин (диагностического осмотра входа во влагалище, стенок влагалища и влагалищной части шейки матки при помощи кольпоскопа),
- ректального исследования (пальцевого и инструментального обследования, выполняемого через просвет прямой кишки с целью оценки состояния прямой кишки и окружающих её органов и тканей);
- проведение неинвазивных (без проникновения внутрь организма посредством нарушения целостности покровов) исследований забор биологического материала;
- проведение функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии
- выполнение ультразвуковых исследований, основанных на эффекте отражения ультразвуковых волн от внутренних органов пациента
- выполнение рентгенологических исследований, основанных на способности рентгеновских лучей проникать через ткани тела пациента и неравномерно поглощаться ими, в том числе маммографии (метода исследования молочных желёз);
- выполнение дерматологических исследований, в том числе дерматоскопии (метода исследования новообразований кожи на предмет злокачественности с помощью дерматоскопа), трихоскопии (метода исследования волос и волосистой части головы с помощью трихоскопа), фототрихографии (метода исследования динамики роста волос с помощью трихоскопа).

Дата _____

Подпись пациента _____ / _____