

Общество с ограниченной ответственностью «Ортодонтическая клиника Брэйс»

693013, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова А.О., д. 21а

Тел.+79146464278, +74242556455

ИНН 6501312210 КПП 650101001 ОГРН 1206500006800

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

Общество с ограниченной ответственностью «Ортодонтическая клиника Брэйс», в соответствии с положениями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации – Общества с ограниченной ответственностью «Ортодонтическая клиника Брэйс», (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе 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.

С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

{ТекущаяДата} г. _____/{Представитель.ФамилияИмяОтчество}/

**Договор
на оказание платного ортодонтического лечения
(несовершеннолетнему гражданину)**

г. Южно-Сахалинск

{ТекущаяДата} г.

Общество с ограниченной ответственностью «Ортодонтическая клиника Брэйс», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора **Ли Милана**, действующего на основании Устава, медицинской лицензии №ЛО41-01185-65/000362197 выданной от 14.05.2021г. Федеральной службой по надзору и здравоохранения, с одной стороны, и гражданин(ка) {Представитель.ФамилияИмяОтчество} именуемый(ая) в дальнейшем «Представитель», законный представитель ребенка {ФамилияИмяОтчество}, именуемого в дальнейшем «Пациент», действующий на основании (паспорта: {Представитель.СерияНомерПаспорта},{Представитель.Выдан}, {Представитель.ДатаВыдачи}) с другой стороны, а вместе именуемые стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1.1 Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией несовершеннолетнему ребенку {ФамилияИмяОтчество}

Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении ООО «ОКБ», по адресу: 693013, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова А.О., д. 21а, помещения на первом этаже согласно технического плана.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг от Общества с ограниченной ответственностью «Ортодонтическая клиника Брэйс», в соответствии с медицинской лицензией регистрационный номер ЛО41-01185-65/00362197 выданной от 14.05.2021г. Федеральной службой по надзору и здравоохранения (действует бессрочно).

Выполняемые работы, оказываемые услуги:

Приказ 866н;

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги);

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

рентгенологии

сестринскому делу

стоматологии профилактической

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по;

ортодонтии

стоматологии детской

стоматологии ортопедической

стоматологии терапевтической

стоматологии хирургической

-ППРФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг";

- ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.3. Срок окончания медицинской помощи зависит от индивидуального плана- графика, составленного для пациента и занятости соответствующих специалистов и может составлять до 5 лет.

1.4. Стоматологические услуги осуществляется в порядке очередности и по предварительной записи.

1.5. Представитель добровольно берёт на себя обязательства (при полной информированности о характере оказываемой услуги, возможных осложнениях, технологических особенностях манипуляций, вмешательств) оплачивать Исполнителю оказанные Пациенту платные стоматологические услуги.

1.6. Представитель даёт разрешение Исполнителю на сбор, обработку и хранение персональных данных Пациента и Представителя, необходимых сторонам для выполнения своих обязательств по настоящему договору, а также на передачу этих данных третьим лицам в случаях, когда это необходимо для обеспечения качества оказываемых услуг, бухгалтерской и статистической отчётности, а также в других целях, отвечающих цели сторон по настоящему договору.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

2.1 Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и возможностей Исполнителя для оказания медицинских услуг.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного им в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

2.3. Сроки оказания услуг по Договору указаны в плане-лечения, с которыми исполнитель ознакомил Пациента в процессе врачебной консультации на первом приеме до подписания настоящего Договора.

2.4. Перечень и стоимость платных медицинских услуг указываются в плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно после консультации и обследования Пациента. Согласие Пациента на оказание дополнительных услуг за плату и изменение плана лечения оформляется в письменной форме в виде приложения к настоящему Договору.

2.5. Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что до его заключения лично ознакомился с прейскурантом Исполнителя, Положением о гарантиях, Положением об оказании стоматологических услуг, с положением о стоматологической клинике, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов, размещенных на информационном стенде Исполнителя, и обязуется соблюдать их требования.

2.6. Пациент до подписания Договора получил сведения, размещенные на информационном стенде Исполнителя, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.

2.7. Медицинские услуги по Договору оказываются на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.8. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется пациенту в информированных добровольных согласиях на оказание медицинских услуг.

2.9. Перечень платных медицинских услуг по Договору предоставляется пациенту в форме приложения - плана обследования и лечения, являющимся приложением к настоящему договору и составляемому после проведения консультации и диагностики лечащим врачом.

2.10. Пациент до заключения Договора имеет возможность ознакомиться со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, путем изучения ссылок на сайте и на информационном стенде Исполнителя на Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.11. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг может составлять до 30 календарных дней.

2.12. Пациент дает свое согласие на осуществление медицинских вмешательств в объеме, превышающем утвержденный Минздравом РФ стандарт медицинской помощи.

3. Обязательства сторон.

3.1 **Исполнитель** обязуется выполнить следующие виды работ и услуг в проведении ортодонтического лечения:

3.1.1. Произвести первичный диагностический осмотр Пациента.

3.1.2. Установить диагноз заболевания, разъяснить преимущества и сложности предлагаемого метода лечения, составить план лечения и определить его стоимость.

3.1.3. Установить ортодонтический аппарат в сроки, предусмотренные планом лечения.

3.1.4. Осуществлять все необходимые лечебные мероприятия и активацию ортодонтического аппарата в течение всего периода активного лечения.

3.1.5. Осуществлять контроль за использованием ретенционного аппарата в течение всего периода, что является необходимым для закрепления результата лечения.

3.2. **Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем и стоимость лечения с согласия пациента.

3.2.2. Направлять Пациента в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, включая рентгенологические и другие необходимые диагностические мероприятия, которые осуществляются за отдельную плату.

3.2.3. Направить Пациента с его согласия к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести дату и время оказания услуг.

3.2.4. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания Пациента на прием к назначенному времени.

3.2.5. Установить обязательства на оказанные услуги, при этом Исполнитель имеет право ограничить или отменить обязательства, в случаях:

3.2.5.1. нарушении пациентом п.п. 2.3.10, 2.3.11 настоящего договора,

3.2.5.2. нарушении пациентом п. 2.3.12. настоящего договора, кроме случаев, когда пациент надлежаще известит Исполнителя о своем желании обратиться в другое лечебное учреждение с целью устранения недостатков оказанных исполнителем медицинских услуг и обеспечит присутствие врача исполнителя при первом приеме пациента в другом лечебном учреждении.

3.2.5.3. изменять стоимость платных медицинских услуг, указанных в прейскуранте в период действия договора с пациентом.

3.3. Законный представитель (пациент) имеет право:

3.3.1. На предоставление ему копий медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающих состояния здоровья пациента после получения платных услуг, по его письменному требованию без взимания дополнительной платы.

Получать информацию о состоянии здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах в соответствии с требованиями Правил оказания медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.3.2 На выбор лечащего врача с учетом получения согласия врача осуществлять лечение Пациента по нормам ст.70 Закона 323-ФЗ.

3.4 Пациенту (законному представителю) необходимо знать следующее:

3.4.1. Пациент получает от лечащего врача всю интересующую информацию о предстоящем лечении. Пациент согласен с планом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Пациенту понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

3.4.2. Пациент был предварительно проинформирован, что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении пациентом правил гигиены полости рта, возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба, и в этом случае врач не несет ответственности за результат лечения.

3.4.3. Пациенту было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 5-14 дней. В это время могут возникнуть болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят. При использовании лингвальной брекет- системы возможны нарушения дикции, проходящие в течение двух-трех недель.

3.4.4. Пациенту известно, что для нормализации прикуса, возможно, потребуются удаление отдельных зубов.

3.4.5. Пациент предупрежден о возможных осложнениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае пациент согласен проводить комплексное лечение у врача – ортодонта и врача – пародонтолога.

3.4.6. Пациент предупрежден, что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры, возможны обострения заболеваний периодонтита, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

3.4.7. Пациент согласен после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего назначенного исполнителем периода, что является необходимым для закрепления результата лечения. Пациент предупрежден, что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса.

3.4.8. Пациент предупрежден о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, назначенные врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения, вплоть до отсутствия спланированного в начале лечения результата.

3.4.9. Пациент обязан неукоснительно исполнять предписания врача, в противном случае клиника не несет ответственности за результат лечения.

3.4.10. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять назначения лечащего врача; сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режимы гигиены, питания и ухода за ротовой полостью после проведения процедуры, в том числе указанные в Памятке пациента, являться на прием в соответствии с врачебными назначениями, на контрольные и профилактические осмотры.

3.4.11. Во время наблюдения и лечения не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача Исполнителя.

3.4.12. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.4.13. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, в том числе неявке на планируемый прием в течение двух месяцев без уважительных причин, Пациент обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив фактически понесенные затраты исполнителя.

3.5. Пациент (Законный представитель) обязуется:

3.5.1. Ознакомиться с «Правилами поведения пациентов в медицинской организации», правами и обязанностями пациентов. Представитель обязуется соблюдать эти правила и обеспечить их соблюдение Пациентом.

3.5.2. Заполнить предложенную Исполнителем анкету здоровья полными и достоверными сведениями для оценки общего состояния здоровья Пациента, внимательно изучив её и отметив все имеющиеся отклонения в состоянии здоровья Пациента. На каждом этапе информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья Пациента посредством заполнения новой анкеты здоровья.

3.5.3. Обеспечить неукоснительное выполнение Пациентом требований и назначений лечащих врачей, следовать полученным рекомендациям, инструкциям, правилам пользования и другим указаниям врачей.

3.5.4.. Записывать и обеспечивать свою явку на приёмы в указываемые врачами Исполнителя сроки, не допускать нарушения сроков лечения. Ответственность за осложнения и недостижение запланированного результата лечения, возникшие в связи с несвоевременной не явкой и/или не явкой Пациента на приём, возлагается на Пациента, Исполнитель ответственности не несет. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

3.5.6.. Получив от врача Исполнителя направление на дополнительные исследования, консультации, лечение у врачей-стоматологов смежной специальности, а также у врачей других специальностей, предоставлять врачу Исполнителя результаты исследований, справки, медицинские заключения, другие затребованные документы. Исполнитель вправе приостановить оказание услуг до предоставления Представителем затребованных документов.

3.5.7. Не производить самостоятельно или с помощью третьих лиц несогласованных с врачами Исполнителя регулировок, настроек, изменения конструкции, ремонта установленной аппаратуры, капп, ретейнеров, зубопротезных конструкций, другой аппаратуры, избегать механических воздействий на область стоматологического вмешательства в период заживления. Ответственность за осложнения и недостижение запланированного результата лечения, связанные с вмешательством Пациента и/или (Законного представителя) или другого врача, в ход лечения, нарушением Пациентом врачебных назначений, рекомендаций, инструкций, правил пользования, лежит на Пациенте (Законном представителе).

3.5.8. Проводить психологическую подготовку Пациента к стоматологическому лечению, необходимую для спокойного, доброжелательного, дисциплинированного поведения Пациента во время приёма. Если врач Исполнителя сочтёт психологическое состояние или поведение Пациента опасным для проведения медицинских вмешательств, он вправе отказаться от оказания услуг и прекратить приём. Ответственность за осложнения и недостижение запланированного результата лечения, возникшие в связи с неисполнением Пациентом указаний врача во время приёма, возлагается на Пациента (Законного представителя).

3.5.9. В случае возникновения в течение гарантийного срока дефектов съёмных и несъёмных ортопедических и ортодонтических конструкций, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений. Немедленно извещать лечащих врачей об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания, принимаемых лекарственных препаратах.

3.5.10. Знакомиться с информацией в медицинской карте, дополнительных соглашениях, информированных согласиях (отказах) на медицинское вмешательство и других документах, представленных работниками Исполнителя, подтверждать ознакомление своей подписью.

3.5.11. При изменении паспортных или контактных данных (фамилии, места регистрации, телефона и т.п.) Пациента или Представителя незамедлительно сообщить об этом Исполнителю.

3.5.12. Своевременно записать и обеспечить явку Пациента на приём для замены стоматологических реставраций, на которые Исполнитель установил сроки годности.

3.5.13. В процессе лечения не обращаться в другие стоматологические учреждения, за исключением случаев необходимости в неотложной, в том числе стоматологической помощи - при условии, что данную помощь не могут оказать сотрудники Исполнителя в силу географического нахождения Пациента или иных объективных обстоятельств. В подобных случаях Пациент обязуется предоставить исполнителю из учреждения, в которое Пациент обращался за неотложной стоматологической помощью, выписку из медицинской карты, копии рентгеновских снимков и результаты обследования и лечения на бумажных или цифровых носителях

3.5.14. При отказе от предложенного лечения или при отказе от продолжения уже начатого лечения подписать бланк информированного отказа от лечения, а если лечение проводилось в рамках дополнительного соглашения, то также подписать соглашение о его расторжении.

3.5.15. При необходимости изменения плана лечения, проводимого в рамках дополнительного соглашения, подписать соглашение о его расторжении и новое дополнительное соглашение с согласованным планом лечения.

3.5.16. Своевременно оплачивать предоставленные услуги в соответствии с прайсом на момент оказания услуги. Оплатить дополнительные услуги, оказанные без оформления дополнительного соглашения при обнаружении скрытых патологий, возникновении осложнений, необходимости оказания помощи в неотложной форме.

3.5.17. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: сообщать информацию о своем здоровье, выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режим лечения, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров, выполнять условия гарантии на оговоренные результаты оказанных медицинских услуг.

3.5.18. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания, планы лечения, акты выполненных услуг после их оказания и иные документы и Приложения к настоящему договору. В случае отказа от подписания документов Пациент обязан предоставить письменные пояснения причин такого отказа.

3.5.19. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

3.5.20. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об имеющихся заболеваниях, об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений, уведомлять и фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг, на гарантийные обязательства, или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг (за исключением получения экстренной медицинской помощи).

3.5.21. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону и прибыть на прием к Исполнителю в разумные сроки согласно полученным врачебным рекомендациям.

3.5.22. При отказе от продолжения лечения Законный представитель (Пациент) обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.5.23. Пациент обязан, находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике Исполнителя.

3.5.24. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.6. При заключении настоящего договора Пациенту (законному представителю) предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;

3.6.1. Законный представитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- информация о гарантийных сроках на оказание стоматологических услуг согласно положения о гарантиях;

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.7. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Законного представителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3.8. Законный представитель (Пациент) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов.

4.1. За оказанные в соответствии с п. 1.1. настоящего договора услуги возможна наличная и безналичная форма оплаты, в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг. Стоимость медицинских услуг согласуется с Законным представителем пациента при составлении Плана лечения (приложение к договору). После оказания медицинской услуги законный представитель пациента оплачивает стоимость услуги в соответствии с Планом лечения, если иное не предусмотрено Планом лечения. В процессе лечения могут выявляться непрогнозируемые скрытые патологии, обнаруживаемые после начала лечения и требующие обязательного изменения Плана лечения, в результате чего, по согласованию с Законным представителем пациента, избирается новый План лечения, при этом общая стоимость лечения, с согласия Законного представителя пациента, может изменяться. Окончательные взаиморасчеты проводятся по завершении каждого этапа лечения. В случае изменения стоимости услуг в период действия дополнительного соглашения стороны перезаключают это дополнительное соглашение с учётом изменения прейскуранта.

4.2. При неоплате пациентом стоимости оказанных медицинских услуг, за каждый день просрочки с момента выполнения каждого этапа Исполнителем медицинских услуг согласно плана лечения, Законный представитель пациента оплачивает пени в размере 0,5% стоимости неоплаченных медицинских услуг.

4.3. Фиксация брекетов – системы, всей используемой ортодонтической аппаратуры, все посещения в процессе лечения по активации системы, снятие брекет-системы и установка ретейнера, каппы, профессиональная гигиена полости рта, окклюзионная шина для коррекции ВНЧС, минивинты (если требуются) оплачиваются отдельно.

5. Срок действия договора.

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

6. Ответственности сторон.

6.1 Ответственность сторон, в случае нарушения условий настоящего договора, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель не несет моральной и материальной ответственности перед Пациентом в случае:

6.2.1. Возникновения осложнений по вине Пациента: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное посещение врача, сообщение о возникших нарушениях и др.

6.2.2. Возникновение аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

6.2.3. Исполнитель снимает гарантию в случае неявки на проф. осмотры или обращении Пациента в другую стоматологическую клинику, к другому врачу (без ведома и согласия лечащего врача).

6.2.4. При отказе Законного представителя пациента от дополнительных обследований, постановки проб, необходимых для качественного лечения и профилактики ухудшения здоровья Пациента, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, побочных реакций и ухудшение состояния здоровья Пациента.

6.2.5. Законный представитель пациента несет ответственность за достоверность предоставляемой им информации, выполнение Пациентом требований, назначений, рекомендаций, инструкций, правил пользования и других указаний врачей, соблюдение «Правил поведения пациентов в медицинской организации», графика контрольных осмотров, своевременную оплату медицинских услуг.

7. Непредвиденные обстоятельства

7.1. Стороны не несут ответственности за невыполнение своих обязательств по настоящему договору, если это было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажорными обстоятельствами), непосредственно повлиявшими на выполнение сторонами своих обязательств по настоящему договору.

7.2. Если стоматологическая услуга была оказана в соответствии с показаниями и в объеме, адекватном состоянию здоровья Заказчика на момент обращения, то все неблагоприятные последствия такой услуги расцениваются как непрогнозируемый исход (форс-мажорные обстоятельства).

8. Прочие условия

8.1. Исполнитель вправе отказать пациенту и/или представителю (пациента) в оказании платных стоматологических услуг в следующих случаях:

- при несогласии Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения,
- при несогласии Пациента со стоимостью лечения,
- при несогласии Пациента с внесенными в план лечения изменениями по содержанию,
- при несогласии Пациента со сроками и стоимостью услуг,
- при несоблюдении пациентом врачебных предписаний (в том числе неоднократная неявка на прием, несоблюдение режима лечения, отказ от медицинского осмотра на приеме и т.д.),
- при грубом нарушении пациентом Правил внутреннего распорядка стоматологической клиники (в том числе нарушение санитарно-эпидемиологического режима),
- при совершении Пациентом административного правонарушения и/или не этического поступка в отношении лечащего врача (в том числе применения насилия, угрозы, оскорбления в адрес врача и медперсонала, нецензурная брань, провокация конфликтов посредством угроз с жалобами в вышестоящие инстанции в адрес врача и стоматологической клиники),
- при требовании Пациентом оказать ему помощь в сфере, которая выходит за пределы профессиональной компетенции врача (при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу), за пределами рабочего времени врача, а также вне места его постоянной работы.
- при невозможности установить с пациентом отношения терапевтического сотрудничества по причине психологической несовместимости,
- в случае отсутствия лечащего врача (болезнь, командировка, отпуск и т.д.) в день приема Исполнитель вправе направить Пациента (с согласия Представителя Пациента) к другому специалисту соответствующего профиля (при наличии такового) или увеличить сроки оказания услуг.

8.2. Полная информация о причинах отказа врача в оказании платных стоматологических услуг пациенту содержится в Положении «О порядке реализации права врача на отказ от стоматологического лечения пациента» в Обществе с ограниченной ответственностью «Ортодонтическая клиника Брэйс», утвержденных Исполнителем и размещенном на информационном стенде.

8.3. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Законному представителю пациента не выдаются. Законный представитель пациента имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в сроки и на условиях, определяемых законодательством РФ.

8.4. Подписывая данный Договор, Законный представитель пациента подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

9. Разъяснение для пациентов о риске ортодонтического лечения.

9.1. Даже при добросовестном (скрупулезном) проведении лечения, что является высочайшим требованием в нашей клинике, некоторые нежелательные побочные действия и осложнения не могут быть исключены.

1. При неудовлетворительном уходе за зубами возможна деминерализация эмали (появление меловых пятен) и кариес, «Чистый зуб не болеет (не портится)».

9.2. Только там, где определенные места на зубах длительное время не очищаются, образуется зубной налет, под которым зуб

медленно, но постоянно разрушается. Первоначально появляется меловидное пятно, позже возникает кариозная полость. Несъемная аппаратура препятствует определенному самоочищению полости рта за счет мягких тканей и слюны. Поэтому необходимо чистить зубы поле каждого приема пищи. Контроль за возникновением кариеса и лечение кариеса осуществляет ваш стоматолог по месту жительства.

9.3. Резорбция (рассасывание) корней зубов может возникать во время лечения, так и без лечения. Однако намного чаще она происходит в тех случаях, когда должно производиться значительное перемещение зубов и особенно там, где из-за нерегулярных посещений не может быть осуществлено постоянное и последовательное движение зубов. Эти изменения, как правило, исчезают при правильной установке зубных рядов.

9.4. Изменения в пародонте. Воспалительные процессы в области шейки зуба и особенно десны являются следствием плохой гигиены полости рта и зубов.

9.5. Подвижность зубов. Перемещение зубов может происходить только вследствие перестройки кости и связанной с этим повышенной подвижностью зубов.

9.6. Возможен дискомфорт, болезненность, неприятные ощущения в зубах от давления при жевании, травмирование слизистой губ и щек в первые 3-7 дней после фиксации аппарата и после смены дуг. Для облегчения адаптации к аппарату можно воспользоваться специальным защитным воском.

9.7. Полный или частичный рецидив (возвращение зубов в первоначальное положение), если пациент не пользуется ретенционными аппаратами после снятия эджвайс-техники.

9.8. Гарантийные обязательства пациентам, проходящим ортодонтическое лечение Общество с ограниченной ответственностью «Ортодонтическая клиника Брэйс» не предоставляет.

10. Заключительные положения

10.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Законного представителя пациента, другой - у Исполнителя.

10.2. Все изменения и дополнения к договору считаются действительными лишь в том случае, если они оформлены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то лицами обеих сторон.

10.3. Любая договоренность между сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из договора, должна быть письменно подтверждена сторонами в форме дополнения к договору.

10.4. Все приложения и дополнения к договору, должным образом подписанные, составляют неотъемлемую часть договора.

10.5. Настоящий договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу – по одному для каждой из сторон.

10.6. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются путем переговоров между Сторонами.

10.7. При не достижении согласия споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11. Реквизиты сторон

Пациент (несовершеннолетний гражданин):
Ф.И.О.
Паспорт
Адрес:
Телефон:
«ПАЦИЕНТ» _____ ФИО полностью, подпись

Законный представитель:
Ф.И.О. {Представитель.ФамилияИмяОтчество}
Паспорт: {Представитель.СерияНомерПаспорта}
Выдан: {Представитель.Выдан}, {Представитель.ДатаВыдачи}
Адрес: {Представитель.АдресРегистрации}
Телефон: {Представитель.Телефоны}
«ПРЕДСТАВИТЕЛЬ» _____ {Представитель.ФамилияИмяОтчество} ФИО полностью, подпись

Исполнитель:
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА БРЭЙС" Юридический адрес: 693013, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск ул. Емельянова А.О., д. 21а на первом этаже Фактический адрес: 693013, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск ул. Емельянова А.О., д. 21а на первом этаже ИНН: 6501312210, КПП: 650101001, ОГРН 1206500006800 БИК: 040813770 Банк: ФИЛИАЛ «ХАБАРОВСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК» Корреспондентский счёт: 30101810800000000770

Расчётный счёт: 40702810620030001215

Тел.+79146464278, +74242556455

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» _____ Генеральный директор Ли Милана

Подпись

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся **{Представитель.ФамилияИмяОтчество}** проживающий по адресу: {Адрес}, по месту регистрации: {АдресРегистрации}, Паспорт: {Представитель.Паспорт}.

В соответствии с требованиями [статьи 9](#) Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА БРЭЙС» , расположенного по адресу: Сахалинская область г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова 21А (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, **в целях** установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в т.ч. по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными _____ данными _____ со _____ страховой _____ медицинской _____ организацией _____

(наименование организации)

с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной {ТекущаяДата}г. (дата) до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы): {Телефоны}

и почтовый адрес: {Адрес}

Подпись субъекта персональных данных ✓{Представитель.ФамилияИмяОтчество} _____{ТекущаяДата} г.