

Уведомление об информировании до заключения договора

Я нижеподписавшийся(аяся), настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказании платных медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объема медицинкой помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я уведомлен(а) о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан(а) соблюдать режим лечения и правила поведения пациентов в ООО «Мега-Дент». Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе в отношении режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. До заключения договора я ознакомлен(а) с актуальным, на момент подписания договора, прейскурантом цен Исполнителя, Положением «О гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Мега-Дент», Правилами предоставления платных медицинских услуг, размещенных на информационном стенде в Уголке потребителя и интернет-странице Исполнителя на сайте megadent12.ru.

(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

« _____ » 202__ г

Договор на оказание платных медицинских услуг в ООО «Мега-Дент»

« _____ » 20__ г.

г. Йошкар-Ола

Общество с ограниченной ответственностью «Мега-Дент» (сокращенное наименование ООО «Мега-Дент»), (далее - Учреждение), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Шабалина Сергея Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

Гражданин(-ка) _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель и (или) Заказчик» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора, объем услуг, порядок расчета

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю и (или) Заказчику медицинские услуги при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии терапевтической; стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической; стоматологии общей практики, в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями (протоколами лечения) стоматологических заболеваний (можно ознакомиться на сайте: e-stomatology.ru/director/protokols/) а Потребитель и (или) Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги согласно актуальному Прейскуранту цен Исполнителя, размещенному на информационном стенде в Уголке потребителя и интернет-странице Учреждения на сайте megadent12.ru, в том числе:

№	Наименование услуг (план лечения)	Срок исполнения, дата	Кол-во	Цена по прейскуранту	Итого сумма к оплате
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

1.2. Общая сумма договора _____ (_____).

1.3. Продолжительность лечения зависит от диагноза, цели и плана лечения, возраста и состояние здоровья Потребителя и (или) Заказчика, от выполнения Потребителем и (или) Заказчиком всех назначений и рекомендаций лечащего врача.

1.4. Потребитель и (или) Заказчик обязан оплатить предоставляемую Исполнителем медицинскую услугу в размере 100% после оказания медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, непредусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя и (или) Заказчика. В этом случае цена услуг является приблизительной и может быть изменена в сторону уменьшения или увеличения в зависимости от клинической ситуации, изменения плана лечения, тяжести возникших осложнений, сопутствующей общей патологии. Без согласия Потребителя и (или) Заказчика, удостоверенного личной подписью в медицинской карте, Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3. По требованию Потребителя и (или) Заказчика на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4. Потребитель и (или) Заказчик письменно ознакомлен с возможностью получения медицинской помощи в рамках ОМС в плановой форме в пределах 14 рабочих дней, в неотложной форме в течение 2-х часов с момента обращения в Учреждение.

5. Права и обязанности сторон

5.1. Исполнитель обязуется:

5.1.1. Осуществить в согласованное с Потребителем и (или) Заказчиком время осмотр и консультацию Потребителя и (или) Заказчика для установления предварительного диагноза, объема оказания услуг.

5.1.2. Поставить в известность Потребителя и (или) Заказчика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к ухудшению объема оказания услуг и возможных осложнениях.

5.1.3. Представить список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним лечащего врача, который будет оказывать медицинские услуги

5.1.4. Отказаться в приеме Потребителем и (или) Заказчику в следующих случаях:

- состояние, унижающее человеческое достоинство (состояние алкогольного, наркотического, токсического опьянения) (за исключением случаев неотложной и экстренной медицинской помощи);

- действия Потребителя и (или) Заказчика угрожают жизни и здоровью персонала Учреждения.

5.2. Потребитель и (или) Заказчик обязуется:

5.2.1. Сообщать информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных ранее или имеющихся заболеваниях (аллергия, гепатит, СПИД, ВИЧ, туберкулез, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания т.д.), включая информацию о постоянно принимаемых препаратах, выполнении рентгенологических исследований, связанных со значительной лучевой нагрузкой. Незамедлительно ставить в известность сотрудников Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несет ответственность за ухудшение качества оказываемой услуги или состояния здоровья Потребителя и (или) Заказчика.

5.2.2. Являться на консультации, прием в точно указанное время. При невозможности явиться на прием предупредить медицинский персонал Учреждения заблаговременно.

5.2.3. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Потребитель и (или) Заказчик несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя и (или) Заказчика в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Исполнитель не несет ответственности в случае:

- наступления осложнений по вине Потребителя и (или) Заказчика (несоблюдение гигиены, невыполнение рекомендаций врача, и т.д.);
- возникновение аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению на территории РФ.

6.3. Все возникшие разногласия стороны разрешают путем переговоров.

6.4. Претензии по ненадлежащему исполнению платной медицинской услуги от Потребителя и (или) Заказчика принимаются в письменном виде и рассматриваются в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Положением о порядке рассмотрения обращений граждан в ООО «Мега-Дент» и Положением «О гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Мега-Дент».

7. Порядок и условия выдачи копий медицинской документации

7.1. Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

7.2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

7.3. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

8. Срок действия договора

8.1. Срок действия настоящего договора устанавливается с момента подписания и действует 12(двенадцать) месяцев. Если за две недели до истечения указанного срока Стороны не заявили о своем намерении расторгнуть настоящий Договор, то он пролонгируется на неопределенный срок.

9. Порядок изменения и расторжения договора

9.4. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг Исполнителем Потребителю и (или) Заказчику.

9.5. В случае отказа Потребителя и (или) Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

9.6. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их представителями.

9.7. Договор составлен в двух экземплярах, по одному - для каждой из Сторон, один из которых хранится у Потребителя и (или) Заказчика.

9.8. Место исполнения настоящего договора – г. Йошкар-Ола, ул. Мира д.48; Строителей д.48, пр. Гагарина д.20, пгт. Медведево, ул. Жилина д.4 (нужное подчеркнуть).

Исполнитель
ООО «Мега-Дент»
Юридический адрес: 24000, РМЭ,
г. Йошкар-Ола, ул. Мира, 48
ИНН/КПП: 1215086088/121501001

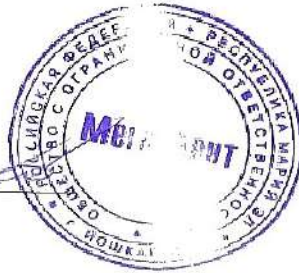
Потребитель и (или) Заказчик:

ФИО: _____

Адрес: _____



ОГРН: 1031200405587
Сайт: megadent12.ru
Директор Шабалин С. В.



Телефон: _____

Паспорт: серия _____ № _____
выдан _____

С. В. Шабалин М.П.

АКТ № _____

приемки сдачи выполненных услуг по договору от « _____ » _____ 20 _____ г. № _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

г. Йошкар-Ола

Мы, нижеподписавшиеся, со стороны Исполнителя _____
и со стороны Потребителя и (или) Заказчика _____
составили настоящий акт о нижеследующем:

Услуги предоставлены в полном объеме, претензий к качеству медицинских услуг и срокам их представления не имеем.

Исполнитель
ООО «Мега-Дент»
М.П.

Потребитель и (или) Заказчик:

Врач _____

Медсестра _____

Сведения об Исполнителе:

1. Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Мега-Дент».
2. Юридический адрес: РМЭ, г. Йошкар-Ола, ул. Мира, 48.
3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц выдано Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Йошкар-Оле ул. Вознесенская, 71, от 14.02.2003 г. присвоен ОГРН 1031200405587.

Все медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии:

- с бессрочной выпиской из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности № ЛО-12-01-000673 от 19 ноября 2015 г., выдана Министерством здравоохранения РМЭ, 424033, г. Йошкар-Ола, Набережная Брюгге, д. 3, тел. (8362) 45-73-26.

Перечень работ (услуг), при оказании первичной, В ТОМ ЧИСЛЕ доврачебной, ВРАЧЕБНОЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ медико-санитарной помощи ОРГАНИЗУЮТСЯ И ВЫПОЛНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ РАБОТ (УСЛУГ):

- 1) ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу, РЕНТГЕНОЛОГИИ, стоматологии, стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; физиотерапии;
- 2) При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

- с требованиями Закона РФ от 7 февраля 1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей»;

- с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Клинический анамнез

ФИО, адрес, № телефона:

1. Находитесь ли Вы под наблюдением врача (терапевта)? (да, нет) подчеркнуть
Если да, то укажите причины (заболевания):

2. Принимаете ли Вы в настоящее время какое-либо (назначенное или не назначенное врачом) лекарство?
Если да, то укажите какое:

3. Подчеркните заболевания, которые у Вас имеются или были ранее:

аллергия, анемия, астма, гипертония, инфаркт, инсульт, ревматизм, др. заболевания сердечно-сосудистой системы; рак, диабет, глаукома, травма головы или шеи, болезни почек и печени, язва ЖКТ, инфекционный гепатит, герпес, психозаболевания, эпилепсия (обмороки); вензаболевания, СПИД, туберкулез, наркозависимость, алкоголизм или другие _____

4. Имеется ли у Вас кардиостимулятор? (да, нет) подчеркнуть

5. Было ли когда-нибудь продолжительное кровоизлияние? (да, нет)

6. Были ли необычные реакции на лекарства (сыпь, отеки и др.)? (да, нет)

7. Для женщины. Вы беременны, подозреваете беременность, кормите ребенка? (да, нет)

Дата _____ Достоверность сведений подтверждаю _____
Подпись (расшифровка)