

ДОГОВОР на оказание стоматологических услуг

20_ г.

г. Санкт-Петербург

ООО «Новая Стоматология 2», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Постниковой Е.В., действующей на основании Устава (Положения), лицензии № 78-01-001139 от П.10.2007 г. на оказание медицинских услуг и Постановления Правительства от 13.01.96г, №27 с одной стороны и _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

Организация и оказание профессиональных медицинских услуг согласно перечню видов медицинской деятельности

2. Обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Поручить врачу _____

осуществить в оговоренное с пациентом время осмотр для установления предварительного диагноза и объема необходимого обследования, лечения или протезирования в четком соответствии с приказами МЗ РФ, нормативными документами и методическими рекомендациями; о результатах осмотра, необходимом лечении, протезировании, дополнительном обследовании, возможностях данного медицинского учреждения предоставить пациенту полную достоверную информацию; результаты осмотра, предварительный диагноз, план лечения занести в амбулаторную карту под личную подпись Пациента.

2.1.2. Организовать надлежащее проведение дополнительных обследований для окончательного установления диагноза.

2.1.3. Провести назначение лекарственных препаратов в соответствии с медицинскими показаниями и объективным состоянием здоровья Пациента

2.1.4. Информировать о возможных последствиях, осложнениях применяемых методов обследования (особенно инвазивных) «лечения с учетом профессиональной специфики медицинской услуги под личную подпись Пациента.

2.1.5. Поставить в известность Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг.

2.1.7. Предусмотреть вероятность врачебной ошибки.

2.1.7. Исполнитель гарантирует исполнение всех действий (манипуляции, процедуры, диагностические и лечебные вмешательства, назначение лекарственных препаратов, методов лечения, обследования и пр.) в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ и объективным состоянием здоровья Пациентов

2.2. Пациент обязуется:

*

2.2.1. Сообщить врачу о перенесенных им имеющихся заболеваниях (аллергии, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез, а так же о переливаниях крови, инъекциях (за последние 2 года), о контакте с инфекционными больными. В случае несообщения Исполнитель снимает с себя ответственность, а Пациент несет ответственность в установленном Законом РФ порядке.

2.2.2. Четко выполнять назначения и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала.

2.2.3. Информировать о всех изменениях в состоянии здоровья при получении назначенного лечения и лекарственных препаратов.

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

2.2.5. выполнять рекомендации медицинского персонала по выполнению охранительного режима и питания.

2.2.6. Немедленно извещать о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.2.7. Предупредить врача по тел.: 377-04-53 с 10-00 до 21-00 часов о невозможности явки на прием не менее, чем за сутки.

2.2.8. Ставить свою подпись под информацией, полученной от лечащего врача.

2.2.9. Производить предварительную оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которыми Пациент ознакомился перед заключением настоящего договора.

3. Права сторон

3.1 Исполнитель имеет право:

3.1.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения Пациента в рамках плана лечения.

3.1.2. Требовать у Пациента сведения и документы (в случаях предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимые для эффективного лечения.

3.1.3. Отказать в приеме Пациента в случаях:

состояния алкогольного, наркотического или токсического напряжения;

действия Пациента угрожают жизни или здоровью персонала;

требуемые услуги не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте.

3.2. Пациент имеет право:

3.2.1. Требовать информацию о результатах проводимого лечения, своем состоянии здоровья, действии лекарственных препаратов и их побочных явлениях.

3.2.2. Получить информацию об объеме и стоимости стоматологических услуг.

3.2.3. Отказаться от услуг Исполнителя при условии полной оплаты выполненных последним услуг,

4. Порядок расчетов

4.4. Пациент оплачивает стоимость услуг по Прейскуранту.

4.5. Сумма предварительной оплаты составляет при терапевтическом и хирургическом лечении _____, при протезировании _____.

4.6. В дальнейшем Пациент оплачивает стоимость практически предоставленных услуг при каждом посещении терапевта и хирурга, протезирование окончательно оплачивается в последнее посещение врача

5* Ответственность сторон

5.3. За неисполнение обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Исполнитель не несет моральной и материальной ответственности в случаях:

5.2.1. Возникновения осложнений по вине Пациента;

несоблюдения гигиены полости рта;

невьполнения назначений врача;

несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и т.д.

5.2.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

5.2.3. Возникновения осложнений при лечении зубов ранее подвергшихся лечению в другой клинике, у другого врача.

5.3. Исполнитель снимает гарантию в случае неявки или обращения Пациента в другую стоматологическую клинику, другому врачу.

б. Дополнительные условия

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказания медицинской услуги следует руководствоваться нормативной базой МЗ РФ по тем или иным действиям специалистов. Спор между сторонами рассматривается главным врачом.

6.2. При недостижении согласия сторон спор разрешается в соответствии с действующим Законодательством.

"Исполнитель"

000 "Новая Стоматология 2"
г. Санкт-Петербург, пр. Дачный д. 2, корп.2

"Пациент"

Ф.И.О. _____
Адрес: _____
Паспорт _____

Подпись _____ -

Подпись _____

МЛ.