

Согласие на проведение платных медицинских услуг, не финансируемых программой обязательного медицинского страхования

Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи. Пациенту разъяснено, что на альтернативной основе возможно в иной медицинской организации, работающей в системе ОМС, бесплатное для него медицинские услуги с применением лекарственных средств и расходных материалов, предусмотренных фондом обязательного медицинского страхования РФ по программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Имея возможность ознакомиться с преимуществами и недостатками предложенных вариантов лечения, Пациент (законный представитель) при подписании настоящего документа осознанно делает альтернативный выбор в пользу платных медицинских услуг, оказываемых на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами, в соответствии с калькуляцией, предложенной Исполнителем.

Настоящим Исполнитель уведомляет заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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. Срок, в течение которого действует настоящее согласие со дня подписания до дня отзыва в письменной форме.

Настоящим заказчик уведомлен и согласен, что сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг в связи с загруженностью Исполнителя могут достигать до 4 месяцев.

ПЛАТЕЛЬЩИК (ЗАКАЗЧИК) УВЕДОМЛЕН О СТОИМОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПОЛНОСТЬЮ СОГЛАСЕН С УСЛОВИЯМИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Дата20

Ф.И.О. Пациента/заказчика _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, Дата рождения:, Пол: _____, СНИЛС: _____, Адрес регистрации _____, Документ, удостоверяющий личность: **ПАСПОРТ РФ** серия _____ № _____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ "О защите персональных данных" даю согласие на обработку своих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ "О защите персональных данных" Обществом с ограниченной ответственностью «Волна-Дента», расположенное по адресу: 173003, г. Великий Новгород, ул. Большая Санкт-Петербургская, д. 44 (далее Оператор) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, возраст, год, месяц, дата и место рождения, адрес и контактный телефон, паспортные данные, СНИЛС, реквизиты полиса ДМС (при наличии), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другую информацию в целях оказания мне медицинской помощи (услуг), предоставления установленной законодательством отчетности, обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов. 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, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС (при наличии). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС (при наличии) на обмен (приём, передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным хранить профессиональную тайну.

Оператор имеет право передавать результаты моих исследования и обследования на адрес моей эл. почты _____.

Срок, в течение которого действует настоящее согласие: со дня подписания до дня отзыва в письменной форме. 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 взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи (лечения).

Дата . .20 _____ Настоящее согласие дано мной _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ . . _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____ даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи.

Общество с ограниченной ответственностью «Волна-Дента» Ф.И.О. Должность медицинского работника _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ Настоящее согласие действует: со дня подписания до отказа в письменной форме.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств действует в отношении работ и услуг, которые указываются в дополнительном соглашении к договору возмездного оказания медицинских услуг

Дата . .2023

Ф.И.О. Пациента/потребителя: _____

Ф.И.О. подпись медицинского работника _____

До заключения настоящего договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 (Заказчика). До заключения настоящего договора Потребителю (Заказчику) предоставлено в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Потребитель (Заказчик) при подписании настоящего договора осознанно

делает альтернативный выбор в пользу платной медицинской помощи в соответствии с калькуляцией (сметой), предложенной Исполнителем.

Подпись Потребителя (Заказчика) _____

Договор
возмездного оказания медицинских услуг № _____ / _____._____.20 ____ (дата)

**Великий
Новгород**

_____._____.20__

Фамилия, имя, отчество Заказчика/Потребителя (Пациента): _____, с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Волна-Дента»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Конь Ираиды Геннадьевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, именуемые вместе в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется предоставить Потребителю (Пациенту) медицинскую помощь в объеме и в сроки, установленные настоящим Договором и дополнительными соглашениями к нему, а Заказчик обязуется своевременно оплатить оказанную медицинскую помощь (далее по тексту — «Услуги»). **Конкретные виды медицинских услуг указываются в дополнительных соглашениях (сметах на оказание платных медицинских услуг) к Договору на основании обращений Заказчика (законного представителя). Услуги оказываются по адресу: Великий Новгород, ул. Б. Санкт-Петербургская, д. 44**

1.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителям (Заказчикам, Пациентам), определены в Прейскуранте стоимости услуг и складываются из затрат Исполнителя, связанных с исполнением настоящего Договора. Порядок оказания услуг раскрыт Потребителям/Заказчикам на стендах медицинского учреждения и на сайте в сети Интернет. До подписания договора Потребитель / Заказчик ознакомлен с порядком оказания услуг, а также со стоимостью.

1.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям. Медицинские услуги оказываются в сроки, согласованные сторонами в приложениях к настоящему договору. После подписания договора и информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Исполнитель предлагает Заказчику план лечения в соответствии с предварительным диагнозом. Объем оказываемых услуг, их стоимость и срок выполнения отражаются в приложении №1 к Договору. Порядок оплаты отражен в разделе 3 Договора. Количество заказываемых услуг и соответственно количество приложений к Договору определяет Потребитель / Заказчик

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязан: используя все свои возможности, материально-технические средства, профессиональные знания специалистов, а при необходимости, привлекая сторонних специалистов и медицинские организации, осуществить следующее:

2.1.1. Обеспечить оказание качественной медицинской помощи Потребителю (Пациенту) в соответствии с видами деятельности, которую оказывает Исполнитель по ценам прейскуранта на дату оказания услуги.

2.1.2. В процессе оказания медицинской помощи по настоящему Договору информировать Потребителя (Заказчика) о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах и их стоимости. Разъяснить Потребителю (Заказчику) специфику имеющегося у Потребителя (Пациента) заболевания, виды и условия режима, которые необходимо соблюдать как до, так и после лечения. Предупредить Потребителя об имеющихся у него кроме основного сопутствующих заболеваниях, которые могут каким-либо образом повлиять на результаты лечения. Предупредить о возможных осложнениях во время лечения и после него. Настоящим поставить в известность Потребителя (Заказчика) о том, что лечение может быть многоэтапным.

2.1.3. Организовывать за счет Потребителя (Заказчика) и с его согласия необходимые дополнительные обследования и процедуры в других медицинских учреждениях, при невозможности выполнения таковых силами Исполнителя. Разъяснить о степени риска при проведении лечения, а также о возможности развития осложнений и иных заболеваний.

2.1.4. Вести необходимую медицинскую документацию и выдавать Потребителю (Заказчику) медицинские документы установленного образца. Разъяснить о порядке подготовке к лечению о необходимости сдать анализы, пройти консультации специалистов.

2.1.5 При оказании медицинских услуг Исполнителем применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), информация о которых предоставлена Заказчику/Потребителю в доступной форме при заключении настоящего договора. Также Заказчику/Потребителю в доступной форме предоставлена информация о том, что платные

медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Заказчика/Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.6. По окончании оказания медицинских услуг оформить и предоставить Заказчику (Пациенту) для подписания Акт сдачи-приемки оказанных услуг. В случае, если по каким-либо причинам Акт не был представлен непосредственно после оказания услуг, Исполнитель вправе направить акт Заказчику почтовым отправлением.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Потребителя (Заказчика) предоставления всех сведений, которые необходимы для качественного выполнения обязанностей по договору.

2.2.2. Получить оплату за оказанные услуги в соответствии с разделом 3 настоящего договора.

2.2.3. Отказаться выполнить услуги при отсутствии возможности оказать услуги, при этом Заказчику компенсируются понесенные расходы.

2.2.4. Заменить врача, который проводит лечение на любого другого, квалификация которого позволит продолжить и закончить весь курс назначенного Потребителю лечения.

2.3. Потребитель и Заказчик обязаны:

2.3.1. Исполнять все назначения, требования и рекомендации лечащего врача, специалистов и медицинского персонала Исполнителя, необходимые для осуществления настоящего Договора, в целях недопущения снижения качества оказываемой платной медицинской услуги, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы.

2.3.2. Сообщить медицинскому персоналу Исполнителя информацию, связанную с состоянием здоровья, перенесенными, наследственными и сопутствующими заболеваниями, для успешного проведения лечебно-диагностического процесса. **В случае не сообщения указанной выше информации Исполнитель не может гарантировать предоставления качественных услуг.** В данном случае все риски некачественного предоставления услуг относятся на сторону Потребителя (Заказчика).

2.3.3. Произвести оплату стоимости медицинских услуг в сроки и на условиях, указанных в настоящем Договоре. Если плательщиком по настоящему договору является Заказчик, то положение данного пункта распространяется на Заказчика.

2.3.4. Извещать через регистратуру о невозможности плановой явки к врачу за 24 часа.

2.3.5. При появлении дискомфорта, выявленных нежелательных последствий в течение 12 месяцев с момента окончания лечения незамедлительно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений, для оценки ситуации и проведения корректировки

2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

2.4.1. Получать информацию об объеме и качестве медицинской помощи, выполняемой Исполнителем по настоящему Договору.

2.4.2. Требовать от Исполнителя предоставлять качественные услуги, узнавать информацию у медицинской организации о наличии у нее лицензии.

2.4.3. Требовать возмещение убытков, при нарушении условий договора.

2.4.4. Требовать предоставления калькуляции расходов Исполнителя, связанных с выполнением им условий настоящего договора.

3. Стоимость и порядок расчетов

3.1. Потребитель / Заказчик незамедлительно после заключения настоящего Договора и оказания услуг производит оплату фактически оказанных медицинских услуг исходя из прейскуранта Исполнителя в следующем порядке: Оплата производится путем перечисления суммы за оказанную медицинскую услугу на расчетный счет ООО «Волна-Дента» или путем внесения в кассу ООО «Волна-Дента». Возможна оплата банковской (кредитной) картой. Потребителю /Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату, предоставленных стоматологических услуг. Услуги по ортопедической и ортодонтической стоматологии оказываются только после предварительной оплаты. Согласие потребителя на оплату аванса получено _____ (подпись и расшифровка).

3.2. Если после оказания медицинских услуг по медицинским показателям потребуются проведение дополнительных процедур, которые согласуются с Потребителем (Заказчиком), то окончательный расчет с Исполнителем осуществляется Потребителем (Заказчиком) в течение 2 рабочих дней с момента выставления соответствующего счета Исполнителем.

3.3. В случае прерывания лечения по медицинским показаниям со стороны Потребителя (Заказчика) Исполнитель возвращает оплаченную ранее по договору сумму за вычетом стоимости выполненных работ в течение семи дней.

4. Срок действия Договора, изменение и прекращение

- 4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует бессрочно.
- 4.2. Настоящий Договор может быть изменен или прекращен только по письменному соглашению Сторон, которое оформляется дополнительным соглашением, подписанным Сторонами и являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 4.3. В случае досрочного расторжения Договора заинтересованная Сторона обязана известить другую Сторону письменно с проведением всех необходимых взаиморасчетов в течение одной недели с момента получения уведомления о расторжении Договора.

5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

- 5.1. За нарушение условий настоящего Договора Потребитель (Заказчик) и Исполнитель несут ответственность на условиях и в порядке, установленных действующим законодательством, в том числе о защите прав потребителей.
- 5.2. Стороны могут предъявлять взаимные претензии по фактам нарушения обязательств в течение всего срока действия Договора. До обращения в суд стороны постараются разрешить спор путем досудебного претензионного порядка разрешения споров.
- 5.3. При невозможности разрешить возникшие противоречия между Сторонами путем переговоров спор передается на разрешение суда.
- 5.4. Исполнитель в порядке статьи 328 ГК РФ имеет право приостановить действие настоящего договора или расторгнуть его при несвоевременной оплате Потребителем (Заказчиком) выполненных работ.
- 5.5. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему договору по вине Потребителя (Заказчика), Исполнитель обязуется вернуть Потребителю (Заказчику) ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг.
- 5.6. В случае невозможности исполнения условий настоящего Договора по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон ответственности не несет, Потребитель (Заказчик) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Потребителю (Заказчику) остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты.
- 5.7. Исполнитель не несет ответственность в случае обращения Потребителя (Заказчика) в другое лечебное учреждение, где проводятся дополнительные вмешательства, затрудняющие в дальнейшем объективную оценку качества или ненадлежащего выполнения услуги в данном учреждении.
- 5.8. Исполнитель не несет ответственность за качество протезирования в случае не востребования протезов в течение одного месяца, при переделке и починке протезов в других ЛПУ, ремонте и исправлении протеза самим потребителем.

Исполнитель гарантирует контроль и коррекцию изготовленных протезов в медицинских организациях после окончательной сдачи в течение 12 месяцев, сроки контрольных явок доводятся до сведения потребителя (выдается талон на прием к врачу).

- 5.9. Исполнитель не несет ответственность в случае обращения потребителя в другое лечебное учреждение, где проводятся дополнительные вмешательства, затрудняющие в дальнейшем объективную оценку качества или ненадлежащего выполнения услуги в данном учреждении.

6. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор)

- 6.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по данному договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения договора в результате событий чрезвычайного характера, наступление которых Сторона, не исполнившая обстоятельство полностью или частично, не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными методами.
- 6.2. При наступлении указанных в п. 6.1 обстоятельств Сторона по настоящему Договору, для которой создалась невозможность исполнения ее обязательств по Договору, должна в кратчайший срок известить о них в письменном виде другую сторону с приложением соответствующих свидетельств.

7. Конфиденциальность

- 7.1. Стороны договорились о соблюдении полной конфиденциальности в их отношениях. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны или решения суда.
- 7.2. Исполнитель для достижения максимально эффективного результата для Потребителя (Заказчика) оставляет за собой право привлекать другие организации и отдельных специалистов в интересах Потребителя (Заказчика) для решения поставленных задач, сохраняя при этом конфиденциальность.
- 7.3. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная сторона несет ответственность и обязана возместить другой стороне понесенные ею в связи с этим убытки.

8. Заключительные положения

- 8.1. Настоящий Договор составлен на русском языке в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 8.2. В случаях, не предусмотренных настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим гражданским законодательством.

8.3. Выдача Заказчику (Потребителю) после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы осуществляются в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

8.4. Амбулаторная карта Потребителя и информированное согласие на проведение медицинских манипуляций хранятся у Исполнителя. Заказчик (законный представитель) дает свое согласие на ведение Исполнителем медицинской документации в электронном виде.

8.5. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

8.6. В случае, если Заказчик, получил Акт, однако не подписал его и не предоставил письменных мотивированных возражений относительно подписания Акта в течение пяти календарных дней с момента его получения, услуги считаются принятыми Заказчиком в полном объеме.

9. Адреса и банковские реквизиты сторон

Исполнитель: ООО «Волна-Дента»
173003, Новгородская область, Великий Новгород, ул. Большая Санкт-Петербургская, д.44, сайт <https://volna-denta.ru>
тел./факс 8 (816 2) 22-82-05, 90-40-04,90-06-01
ИНН 5321103328 КПП 532101001 ОГРН 1055300983286
р/с 407 028 105 430 0000 2775 в ПАО «Сбербанк» Новгородское отделение № 8629
к/с 30101810100000000698
БИК 044959698

Исполнитель: _____ (по доверенности № _____ от 03.01.2020)
Должность: _____
ФИО: _____

Заказчик
Адрес регистрации: _____
Телефон *мобильный телефон*: +7(_____) _____
Паспорт серия _____ № _____
Выдан _____
Заказчик _____
Потребитель: *T* _____
Адрес регистрации: _____
Телефон *мобильный телефон*: +7(_____) _____
Паспорт серия _____ № _____
Выдан _____

сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

Лицензия Л041-01073-53/00288737 от 09.08.2013 года, выдана департаментом здравоохранения Новгородской области на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») на работы (услуги), выполняемые (оказываемые) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

Адрес и контактные телефоны органа, выдавшего лицензию: 173005, Великий Новгород, пл. Победы – Софийская, д. 1, тел. (8162)732-297, 732-582

ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ) УВЕДОМЛЕН О СТОИМОСТИ ЛЕЧЕНИЯ, ПОРЯДКЕ ОПЛАТЫ УСЛУГ ИСПОЛНИТЕЛЯ И ПОЛНОСТЬЮ СОГЛАСЕН С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА

Заказчик: _____
Потребитель: _____