

# Договор № \_\_\_\_\_ оказания платных стоматологических услуг

г. Екатеринбург

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

ГАУЗ СО «ДГБ № 8», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице врача-стоматолога \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ с одной стороны, и \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По поручению Пациента Исполнитель обязуется оказать ему стоматологические услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, сертифицированных и разрешенных лицензией, а Пациент оплатить их на условиях настоящего договора.

1.2. Объем предоставляемых услуг определяется медицинскими показаниями, желанием Пациента, возможностями Исполнителя и оформляется нарядами, подписанными обеими сторонами.

## 2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1 Исполнитель обязуется:

1. Провести обследование и осмотр Пациента. Ознакомить Пациента с предварительным диагнозом и предполагаемым планом лечения, а также информировать его при внесении в план каких-либо изменений.

2. Исчерпывающе разъяснить Пациенту обо всех особенностях, свойствах, методах лечения, характеристиках (в том числе о предполагаемом эстетическом виде) изделия; о применяемых средствах и материалах, возможных осложнениях, возникающих в процессе или после оказания услуг.

3. Оказать квалифицированную стоматологическую помощь, с применением по показаниям обезболивающих по выбору Пациента из имеющихся у Исполнителя средств.

4. Проинформировать Пациента о проведении необходимых мероприятий по уходу за полостью рта, о сроках службы и гарантийных сроках на оказанные стоматологические услуги.

### 2.2. Пациент обязуется:

1. Ознакомиться с информацией об услугах и правилах предоставления услуг и соблюдать их.

2. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуг, и немедленно извещать лечащего врача обо всех изменениях, о принимаемых лекарственных препаратах в процессе лечения или после него.

3. Являться на прием в согласованное время.

4. Четко выполнять все назначения врачей, соблюдать гигиену полости рта как во время лечения, так и после него; являться к врачу-стоматологу 1 раз в 6 месяцев на контрольные медицинские проверки.

5. В случае выявления в течение срока службы или гарантийного срока недостатка в оказанной услуге (любых дефектов пломб, коронок и т.п.) - немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений, в противном случае Исполнитель не несет ответственности за последствия проведенного лечения.

6. Оплатить стоимость оказанных услуг в сроки и в порядке, установленном договором.

## 3. ПРАВА СТОРОН:

### 3.1. Пациент вправе:

1. Выбрать другого врача.

2. В случае несогласия с поставленным диагнозом или предложенным планом лечения, расторгнуть договор, уплатив Исполнителю соответствующую сумму за проведенное обследование, о чем делается отметка в медицинской карте.

3. Расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке, при условии полной оплаты за фактически оказанных ему услуг.

4. В случае установления недостатка в оказании стоматологической помощи, возникшего по вине Исполнителя, потребовать безвозмездного его устранения.

### 3.2. Исполнитель вправе:

1. Отказать в оказании услуг при неоднократном нарушении Пациентом условий настоящего договора, грубых нарушениях врачебных назначений, некорректном поведении по отношению к персоналу, при выборе Пациентом заведомо неверного способа лечения, который не соответствует медицинским требованиям и показаниям и может вызвать нежелательные последствия. При этом уплаченные суммы за фактически оказанные услуги не возвращаются.

2. В случае неявки на запланированный визит без предупреждения об этом менее, чем за 12 часов, осуществить прием Пациента через первичную запись в регистратуре.

3. Производить замену лечащего врача, а также ввиду непредвиденного отсутствия лечащего врача в назначенный день, предложить другого врача для оказания услуг в рамках настоящего договора.

4. Изменить по медицинским показаниям, объем и стоимость лечения и ознакомить Пациента.

5. При необходимости направить Пациента за его счет к другим специалистам или в другое медицинское учреждение для проведения дополнительных диагностических исследований, на консультацию.

#### 4. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Расчет стоимости оказанных услуг производится по Прейскуранту цен, сформированному в соответствии с Постановлением Правительства Свердловской области на основании согласованного наряд-заказа.

4.2. Оплата за услуги производится наличными денежными средствами в кассу **Исполнителя** или безналичным путем на его расчетный счет по окончании лечения.

4.3. При возникновении в процессе оказания услуги ее корректировки, влияющих на стоимость, **Исполнитель** обязуется сообщить об этом **Пациенту**. При этом **Пациент** вправе отказаться от дальнейшего оказания услуг и расторгнуть договор, возместив **Исполнителю** фактически понесенные расходы. Если **Пациент** не возражает, оказание услуг продолжается на новых условиях, оформленных в письменном виде.

#### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.

5.1. **Исполнитель** несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей при наличии своей вины.

5.2. **Исполнитель** не несет ответственности за возникновение у **Пациента** осложнений, побочных, в том числе аллергических реакций, если услуги оказаны качественно. **Исполнитель** не несет ответственности за результаты лечения, ухудшения первоначально достигнутых результатов и за вред, причиненный здоровью, возникшие в результате:

Неполного или недостоверного сообщения существенных сведений об общем состоянии здоровья **Пациентом**; неявки или несвоевременной явки **Пациента** на запланированный визит или контрольный медицинский осмотр; досрочного расторжения договора по инициативе или по вине **Пациента** (п.п. 3.1.2, 4.3., 3.2.1); несоблюдения рекомендаций, данных лечащим врачом по уходу за состоянием полости рта (профосмотров, проведение гигиенических мероприятий, уход за протезами и т.д.); отказ **Пациента** от проведения дополнительных обследований, консультаций, постановки пломб, необходимых для адекватного лечения и профилактики осложнений; прекращения лечения **Пациента** при условии невыполненного плана лечения и протезирования.

При этом уплаченные **Пациентом** денежные средства за оказанные услуги не возвращаются.

5.3. В случае неблагоприятного исхода лечения, о возможности которых **Пациент** предупрежден **Исполнителем** до начала оказания услуги, повлекшего за собой, например, необходимость удаления зуба, возврат внесенных за лечение денежных средств не производится.

5.4. **Пациент** согласен с тем, что после оказания услуг могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатком услуги, т.к. являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма, процесса заживления и восстановления зубочелюстной системы.

#### 6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

6.1. Споры по договору рассматриваются пол соглашению сторон путем переговоров, либо в претензионном досудебном порядке с участием клиничко-экспертных комиссий, при недостижении сторонами согласия – в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством.

6.2. Договор заключается при наличии паспорта **Пациента**, в двух экземплярах, и действует с момента подписания до 31 декабря 20 г.

6.3. Наряд-заказ с общей стоимостью оказанных услуг, согласие на медицинское вмешательство являются приложениями медицинской карты **Пациента** и могут быть выданы в ксерокопиях по требованию **Пациента**.

6.4. **Пациенту**, имеющему одновременно право на бесплатное лечение по государственным программам, но добровольно согласившемуся на платное лечение, уплаченные суммы за качественно оказанные услуги по настоящему договору возврату не подлежат.

**Пациент** заверяет, что договор им прочитан, смысл, и значение каждого пункта ему разъяснены и соответствуют его намерениям.

#### АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:** 620085, г. Екатеринбург, ул. Военная, 20 ИНН / КПП 6664060657 / 667901001  
Министерство финансов Свердловской области (ГАУЗ СО «ДГБ №8» л/с 33013912430 )  
Уральское ГУ Банка России //УФК по Свердловской области г. Екатеринбург БИК 016577551  
к/сч.№ 40102810645370000054 ОКПО 50309694

**ПАЦИЕНТ:** Зарегистрирован по адресу: 620 \_\_\_\_\_ г.Екатеринбург, ул. \_\_\_\_\_  
Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Контактный телефон \_\_\_\_\_

**ПАЦИЕНТ:**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**