**Договор на оказание платных стоматологических услуг (дентальная имплантация) № \_\_\_\_\_**

г.Краснодар «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №1», Министерства здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача А.Н.Луценко,  
действующего на основании с одной стороны, и, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или его законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**
   1. 1.1. Исполнитель обязан предоставить Заказчику стоматологические услуги с применением имплантатов в соответствии с планом обследования и лечения, а Заказчик обязуется своевременно оплатить, оказанные услуги на условиях настоящего Договора по ценам действующего прейскуранта

1.2. Исполнитель устанавливает Заказчику имплантаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Информация о предоставляемой услуге**

2.1. Исполнитель имеет бессрочную лицензию на медицинскую деятельность № 23-01-012101, выданную 05.03.2018г. Министерством здравоохранения Краснодарского края (адрес: 350000, г.Краснодар, ул. Коммунаров, 276), виды деятельности: медицинская статистика, организация сестринского дела, рентгенология, сестринское дело, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая, организация здравоохранения и общественное здоровье, ортодонтия, стоматология детская, стоматология общей практики, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, экспертиза временной нетрудоспособности.

2.2.В поликлинике прием и лечение пациентов на платной основе осуществляется на общих условиях (общие лечебные кабинеты, в порядке очереди при наличии у врача свободного времени).

2.3.Лечению предшествует осмотр «Пациента» в условиях стоматологических кабинетов поликлиники.

2.4.По результатам осмотра и обследования выносится диагноз, составляется план лечения, который согласовывается с пациентом. Данные осмотра, обследования, лечения фиксируются в амбулаторной карте. Достоверность записей в амбулаторной карте подтверждается личной подписью «Пациента.

2.5. «Исполнитель» информирует «Пациента» об известных и альтернативных методах лечения, как в стоматологических кабинетах поликлиники, так и в других специализированных кабинетах. Извещает пациента о возможных, но необязательных, побочных эффектах, и осложнениях вследствие биологических особенностей организма, которые могут причинить вред здоровью «Пациента»; сообщает возможные варианты исхода лечения.

2.6. «Исполнитель» не может гарантировать во всех случаях положительный результат ожидаемого исхода лечения в связи с несовершенством медицинской науки и практики. Гарантия дается на медицинские услуги, имеющие материальный результат: на установленные пломбы, реставрации.

2.7.В процессе выполнения лечения могут возникнуть, ***но необязательно!*** осложнения, которые могут причинить вред здоровью «Пациента», которые «Исполнитель» устранит бесплатно, если в том окажется его вина.

2.8. «Пациент» проинформирован о возможности, условиях и порядке получения бесплатной медицинской помощи по ОМС.

2.9.Ориентировочная продолжительность лечения составит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Права и обязанности сторон**

***3.1. Исполнитель обязан:***

3.1.1. Осуществить в оговоренное время собеседование и осмотр Заказчика для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения.

3.1.2. Результаты осмотра, выводы, план лечения, отразить в амбулаторной карте.

3.1.3. Ознакомить Заказчика с вариантами лечения, имплантации и прейскурантом, действующим на момент оказания услуги.

3.1.4. Ставить в известность Заказчика (в устной форме) о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменение плана лечения отражать в амбулаторной карте.

3.1.5. Устно ознакомить Заказчика о возможных осложнениях при имплантации, как в реабилитационный период, так и в последующее время.

3.1.6. Проинформировать Заказчика о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях.

3.1.7. Проводить осмотры Заказчика в послеоперационный период.

3.1.8. В случае отторжения имплантата, гарантия на ортопедическую конструкцию с опорой на имплантаты не распространяется и возврату не подлежит.

***3.2. Исполнитель имеет право:***

3.2.1. Отказаться от проведения лечения, если это лечение не соответствует требованиям технологий, может вызвать нежелательные последствия.

3.2.2. В случае отсутствия лечащего врача назначить другого врача для проведения лечения.

3.2.3. Отказать в обслуживании Заказчика, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению стоматологического лечения.

***3.3. Заказчик обязан:***

3.3.1. Являться на прием в установленное время.

3.3.2. Предупредить Исполнителя по телефону 268-19-00, о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа.

3.3.3. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

3.3.4. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные профилактические осмотры не реже двух раз в год.

3.3.5. Производить оплату медицинских услуг в соответствии с выписанным заказ-нарядом по расценкам прейскуранта, с которым Заказчик знакомиться перед проведением лечения.

***3.4. Заказчик имеет право:***

3.4.1. Получать информацию о состоянии здоровья и проведенном лечении.

3.4.2. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой лечения, которое уже проведено, при этом предоплата за изготовление каких – либо стоматологических конструкций не возвращается.

3.4.3. Выбрать лечащего врача с учетом его согласия.

**4. Порядок расчетов**

4.1.Сумма настоящего Договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

Коды услуг и их количество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.2. Расчет суммы стоматологических услуг и работ производиться согласно действующему прейскуранту.

4.3. «Пациент», до начала лечения, ***оплачивает согласованные с ним услуги, в размере 100 %***

**5. Ответственность сторон**

***5.1. Исполнитель несет ответственность:***

- за качество выполненных услуг лечебно – диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Заказчика на момент обращения.

***5.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:***

- возникновения осложнений по вине Заказчика (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонения в состоянии здоровья)

- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении;

- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в Карте общего состояния здоровья;

- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Заказчика;

- если Заказчик не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

***5.3. Заказчик несет ответственность*** за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендации врача, своевременную и полную оплату медицинских услуг

**6. Дополнительные условия**

6.1. В случае отторжения имплантата, денежные средства по данному договору не подлежат возврату.   
Операция переимплантации проводится по взаимному согласию сторон с последующим заключением нового договора.   
6.2. Заказчик обязан сообщить обо всех изменениях в состоянии здоровья и приеме новых медикаментов при каждом посещении лечащего врача.

6.3. Все последствия медицинской услуги, оказанной в соответствии с показаниями и объеме, адекватном состоянию Заказчика на момент обращения, при качественном ее исполнении расцениваются как непрогнозируемый медицинский исход.

**7. Срок действия Договора**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания. После подписания настоящего Договора его действия распространяются на все случаи обращения Заказчика к Исполнителю для оказания ему стоматологических услуг.

7.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.3.При условии добровольного информированного согласия «Пациента», лечение выполнит врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

7.4.Неотъемленной частью договора являются: амбулаторная карта (в единственном экземпляре хранится в поликлинике), информированное добровольное согласие, согласие на обработку персональных данных, заказ-наряд, рентгеновские снимки (неотъемлемая часть амбулаторной карты).

7.5. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.6. Споры и разногласия разрешаются путем переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а также в досудебном и судебном порядке.

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»: «ПАЦИЕНТ»

ГБУЗ СП № 1

350033, г. Краснодар, ул.Железнодорожная,12/1. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 2309053925, КПП 230901001,

БИК 040349001 Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Р/Счет № 40601810900003000001, Л/С 828515060

Южное Главное управление ЦБ РФ, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Краснодар

Врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Пациент \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

М.П.

(по доверенности № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.)