



ООО «Четыре Сегмента» (лицензия № Л041-01137-77/00145425 от 14.04.2022г. на осуществление медицинской деятельности, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, Москва, Оружейный пе.,д.43, стр.1, тел. 8(499)251-83-00, бессрочно, на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в

амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Администратора клиники, действующего на основании доверенности №2 от 01.04.2023г., с одной стороны, и **Денисова Галина Александровна**, именуемый в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором Заказчик поручает Исполнителю оказать Пациенту стоматологические услуги на возмездной основе, обязуется своевременно оплачивать оказываемые услуги, а также оказывать содействие их исполнению.

1.2. Услуги могут быть оказаны Заказчику/Пациенту с привлечением третьих лиц - медицинских организаций, имеющих соответствующую лицензию (зуботехнических лабораторий).

1.3. Настоящий договор является рамочным и определяет общие условия оказания всех стоматологических услуг Пациенту. Детализация видов работ и услуг, их специфики в рамках одного направления, стоимости этапов, сроков этапов определяется в дополнительных соглашениях, планах лечения, информированных согласиях, медицинской карте с обязательной подписью (согласием с изложенным) Заказчика и/или Пациента.

1.4. Настоящий договор является публичным в силу ст.426 ГК РФ. Условия публичного договора устанавливаются одинаковыми для всех потребителей. Исполнитель не имеет права оказывать кому-либо предпочтение при оказании медицинских услуг, устанавливая уникальные для отдельного Заказчика условия.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. До заключения Договора предоставить Заказчику всю необходимую для ознакомления информацию в соответствии с требованиями законодательства о защите прав потребителей.

2.1.2. Провести качественное обследование Пациента, а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов или в учреждениях иного медицинского профиля с целью диагностики, уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования. Заказчик/Пациент самостоятельно принимают решение о выполнении или невыполнении данных рекомендаций врача.

2.1.3. Внести результаты обследования в медицинскую карту Пациента и проинформировать Заказчика/Пациента о результатах обследования, методах лечения и вариантах медицинских вмешательств, возможных в конкретном случае, их преимуществах и недостатках, противопоказаниях и возможных осложнениях.

2.1.4. Составить и согласовать с Заказчиком/Пациентом рекомендуемый план лечения, в случае, если лечение предполагает несколько этапов, который при наличии показаний, изменении состояния здоровья Пациента, может быть скорректирован в части сроков, объемов услуг и их стоимости при обязательном согласовании изменений с Заказчиком/Пациентом, а также альтернативный план лечения, при наличии условий для его составления.

2.1.5. Информировать Заказчика о стоимости услуг до их оказания: указать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны; указать предварительную сумму (финансовый план), когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.

2.1.6. Осуществить качественное и наиболее рациональное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, медицинскими показаниями и планом лечения, внесенными в медицинскую карту Пациента, и обеспечить соблюдение действующих санитарных норм в соответствии с №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г.

2.1.7. Сдать работу Заказчику/Пациенту, ознакомив его с объемом услуг, которые были выполнены, теми результатами, которые были достигнуты и конкретными гарантийными сроками, которые установил врач, согласно локальному акту, устанавливающему гарантийные обязательства Исполнителя.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. По согласованию с Заказчиком/Пациентом осуществлять перенос даты и времени приёма (в т.ч. в день приёма) или перенаправление Заказчика к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (болезни, командировки и др.).

2.2.2. Отсрочить, перенести или отменить оказание услуги (в т.ч. в день назначения) в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуги, не соответствии требуемого Заказчиком/ Пациентом лечения требованиям технологий и возможном развитии нежелательных последствий, а также при опоздании Пациента на прием более, чем на 20 минут, нахождении Заказчика/Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

2.2.3. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги индивидуально в соответствии с Приложениями к настоящему договору, указав их в Планах лечения и/или акте выполненных услуг, гарантийном талоне.

2.2.3.В случае возникновения необходимости оказания экстренной/неотложной медицинской помощи самостоятельно определять нужный объем исследований, манипуляций и лечения, в том числе и не озвученных ранее Заказчику/Пациенту.

2.2.4.Установить в холле и кабинетах клиники видеонаблюдение в целях обеспечения безопасности сотрудников, а также в целях осуществления внутреннего контроля за качеством проводимого лечения, в соответствии с Положением об организации видеонаблюдения в медицинской организации. Заказчик/Пациент, при этом, осознают и согласны с тем, что Исполнитель использует изображение Заказчика/Пациента, его голос в обозначенных целях (обеспечение безопасности и контроля качества оказываемых услуг).

2.2.5.Осуществлять фотофиксацию клинической ситуации полости рта, а затем выполненной работы в целях внутреннего контроля качества оказанных медицинских услуг, а также рекламных целей при условии анонимности (обезличивания).

2.3. Заказчик/Пообязуется

2.3.1.Оказывать содействие Исполнителю при оказании медицинских услуг, в частности: а) предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья и удостоверить её личной подписью; б) соблюдать все устные и письменные назначения и рекомендации Исполнителя для обеспечения качественного предоставления услуг, для достижения и сохранения результатов лечения; в) при возникновении обстоятельств, препятствующих (временно препятствующих) выполнению согласованного с Исполнителем плана лечения, известить об этом лечащего врача и обсудить с ним необходимую коррекцию плана лечения; г) своевременно посещать лечебные и последующие профилактические (не реже 1 раза в 6 месяцев) приемы; д) предупредить Исполнителя не менее чем за 24 часа по тел.8(495)822-12-05 или любым другим возможным способом о невозможности явки на прием; е) выполнять условия гарантии на овеществленные результаты оказанных медицинских услуг.

2.3.2.Добросовестно ознакомиться с информацией, предоставленной Исполнителем в соответствии с п.п. 2.1.3., 2.1.4., 2.1.5. настоящего Договора и подтвердить факт ознакомления и согласия личной подписью в медицинской карте и/или соответствующих документах, являющихся приложениями к настоящему Договору.

2.3.3. Принять оказанные услуги (выполненные работы), ознакомившись с выполненным объемом работ, достигнутыми результатами, гарантийными сроками, рекомендациями, поставив свою подпись в медицинской карте.

2.3.4. Оплатить оказанные Исполнителем услуги на условиях настоящего Договора, в том числе, услуги неотложной помощи, оказанные без согласия Заказчика, в целях сохранения здоровья последнего.

2.3.5. При отказе от продолжения лечения подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1.Получать от Исполнителя сведения о наличии лицензии и сертификатов, о квалификации и сертификации специалистов, иную информацию о платных медицинских услугах в соответствии с требованиями Правил оказания медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.4.2.Получать достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья в рамках специализации персонала клиники., о результатах оказания медицинских услуг, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, получать выписки и копии из медицинской документации в порядке, установленном соответствующими нормативными актами РФ.

2.4.3.Выбирать лечащего врача, с учетом специализации врача и его согласия. Лечащий врач имеет право отказаться от лечения и наблюдения пациента, если отсутствует угроза для жизни последнего, в том числе, в случае невозможности установления с пациентом лично-доверительных отношений (ст.70 №323-ФЗ от 21.11.2011г.). В указанном случае Исполнитель производит замену лечащего врача при наличии такой возможности.

2.4.4. По своему усмотрению выбрать план лечения, если врачом определено несколько вариантов плана лечения, предварительно ознакомившись с результатами обследования, диагнозом, методами лечения и связанными с ними рисками, преимуществами и недостатками различных планов лечения и возможных осложнений.

2.4.5.Давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также отказ от него.

2.5. Иные положения

2.5.1.Заказчик и Исполнитель соглашаются с тем, что информированное добровольное письменное согласие Заказчика на медицинское вмешательство является необходимым предварительным условием для начала лечения согласно ст.20 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г.

2.5.2.Заказчик понимает и соглашается с тем, что стоимость медицинских услуг, согласованная с ним и указанная в рекомендуемом плане лечения, является предварительной и не включает в себя стоимость скрытых патологий, обнаруженных в процессе лечения. В случае необходимости внесения изменений в рекомендуемый план лечения и оказания дополнительных платных медицинских услуг, согласие пациента оформляется в письменной форме в виде приложения к настоящему Договору.

3. Сроки выполнения обязательств

3.1.Сроки проведения терапевтических, ортопедических, ортодонтических и хирургических видов лечения, предоставления конкретных услуг, проведения длительного этапного лечения конкретизируются по соглашению с Заказчиком, исходя из общего соматического статуса Заказчика, его психоэмоционального состояния, свободного времени пациента и графика работы врача, остроты клинической ситуации, а также периода, необходимого для изготовления зубопротезных, ортодонтических конструкций.

4. Качество и безопасность услуг и гарантийные обязательства

4.1. Медицинская услуга считается оказанной качественно, если оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики, достижении одного из следующих эффектов для здоровья: выздоровление (исчезновение симптомов), ремиссия, улучшение состояния, стабилизация, компенсация функций, хронизация – в зависимости от состояния здоровья Заказчика и характера течения стоматологического заболевания. При этом в некоторых случаях даже при отсутствии эффекта, если Исполнитель предпринял все необходимые профессиональные действия, отсутствие ожидаемого Заказчиком результата не является свидетельством некачественной услуги (например, отсутствие остеоинтеграции импланта, неприживление костного материала).

4.2. Качество зубного протеза определяется соблюдением стандарта его изготовления. Выявление аллергии на материалы, из которых изготавливаются протезы, и которая не могла быть спрогнозирована, несоответствие ожиданий Заказчика полученному комфорту и эстетике не свидетельствуют о некачественном оказании услуги.

4.3. Внешний вид зубного протеза (ов), а именно: цвет, высота, ширина, форма зубов, их направление, соотношение их между собой и высотой десневого края – формируются на основе индивидуальных антропометрических показателей с учетом положения уже имеющихся зубов. Заказчик имеет право высказать свои пожелания относительно эстетики протезов не более, чем на двух приемах. Если все пожелания Заказчика были выполнены, протез (коронка) соответствует методике его создания с учетом антропометрических показателей, но Заказчик не принял работу, ортопедическая работа считается сданной Заказчику, а ортопедическая услуга – оказанной качественно.

4.4. Осложнение медицинской услуги, о котором был изначально уведомлен Заказчик, имеющее объективный характер и не зависящее от действий Исполнителя, не является дефектом медицинской помощи.

4.5. Медицинская услуга считается безопасной, если в совокупности: обеспечены соответствующие санитарно-эпидемиологические условия ее оказания, в процессе ее оказания отсутствует риск, не оправданный нуждами Заказчика.

4.6. Все назначения и рекомендации врачей, соблюдение которых необходимо для обеспечения безопасности медицинской услуги для здоровья Заказчика, предотвращения наступления возможных побочных эффектов, сохранения достигнутых результатов лечения фиксируются в информированных согласиях, в медицинской карте пациента, соответствующих памятках.

4.7. Гарантийные обязательства сторон при оказании стоматологических услуг установлены локальным правовым актом – положением о гарантиях, являющимся составной частью условий настоящего договора.

5. Цена услуг и порядок расчетов

5.1. Стоимость лечения в каждом конкретном случае обращения Заказчика определяется исходя из поставленного диагноза и необходимого объема услуг (работ), а также Плана лечения, утвержденного врачом и согласованного с Заказчиком в соответствии с Прайс-листом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.

5.2. Стороны соглашаются, что оплата всех оказанных платных медицинских услуг может осуществляться Заказчиком путём внесения аванса или на следующих условиях: а) услуги по терапевтической стоматологии, детской стоматологии, хирургической стоматологии, пародонтологии, имплантации оплачиваются Заказчиком непосредственно после приема врача (оказания услуги); б) услуги по ортопедической стоматологии оплачиваются на условиях предоплаты: 50% стоимости – до начала выполнения плана (до начала оказания услуг), 50% – в день сдачи работы; в) услуги в области ортодонтии оплачиваются на следующих условиях: 50% стоимости вносится Заказчиком при фиксации брекет-системы, оставшаяся сумма – равными платежами ежемесячно в течение первых 6 месяцев лечения.

5.3. Заказчик обязан оплатить оказанные Исполнителем услуги в рублях, в порядке и сроки, установленные настоящим Договором, с учетом положений ст.16.1 и 37 ЗоЗПП РФ, одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчётный счёт, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт. Заказчику выдаётся документ, подтверждающий произведенную оплату: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

5.4. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет на фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Заказчику в наличной или безналичной форме в срок до 10 рабочих дней включительно.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

6.2. В случае задержки Заказчиком оплаты по Договору ему начисляется пеня в размере 3% за каждый день просрочки оплаты. Оплата пени не снимает с Заказчика обязательств оплаты услуг по Договору.

6.3. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с выполнением обязательств по Договору.

6.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение было вызвано действием непреодолимой силы, то есть чрезвычайных обстоятельств, которые ни одна из сторон не могла заранее предвидеть и предотвратить. В качестве форс-мажорных обстоятельств, в том числе, признаются: решения органов муниципальной и государственной власти, коммунальные аварии, связанные с отключением тепла, электроэнергии, воды.

7. Порядок разрешения споров

7.1. Обращения (жалобы, требования) Заказчик может направить на почтовый адрес: 109386, г. Москва,

ул.Таганрогская, д.29, помещ./ком.2/1-18 или лично путем обращения в регистратуру Исполнителя.

8. Дополнительные условия

8.1.Оригиналы медицинских документов Исполнителя Заказчику не выдаются. Заказчик имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в сроки и на условиях, определяемых законодательством РФ.

8.2.Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует (в зависимости от того, какое обстоятельство наступит раньше): в течение одного календарного года или до исполнения Сторонами своих обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия настоящего договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть настоящий Договор по причине окончания срока действия, он пролонгируется на тех же условиях на следующий календарный год.

8.3.Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр отдается на руки Заказчику, второй остается у Исполнителя. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

9. Заверения Заказчика

9.1. Мне известно, что медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, могут быть получены мною по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____ (Подпись заказчика)

9.2. В соответствии с требованием п.15. Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ 04.10.2012 года № 1006) до заключения договора я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (конкретного медицинского работника), 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 моего здоровья.

_____ (Подпись заказчика)

9.3. Я подтверждаю, что до подписания настоящего договора был ознакомлен с Правилами поведения пациентов, Правилами предоставления медицинских услуг, Положением о гарантиях, Правилами эксплуатации стоматологических услуг и работ ООО «Четыре Сегмента». Я понимаю, что положения всех перечисленных актов распространяют свое действие на правоотношения, возникшие между Заказчиком и Исполнителем.

_____ (Подпись заказчика)

9.4. В соответствии с требованиями ст.9 № 152-ФЗ "О персональных данных", я даю свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, профессию, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные о состоянии своего здоровья в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях сбора статистической информации, контроля качества лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения Договора. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменном виде.

_____ (Подпись заказчика)

_____ (Подпись заказчика)

9.5. Я даю согласие на получение информации от Исполнителя (в т.ч. кассовых чеков) в виде e-mail сообщений на адрес электронной почты: , посредством смс-сообщений или телефонных звонков представителя клиники по номеру телефона: 89853340523.

10. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

ООО «Четыре Сегмента» 109386 г.Москва, ул.
Таганрогская, д.29, помещ./ком.2/1-18 тел.8(495)822-12-05
ОГРН 1217700152262 ИНН 9723113884
КПП 772301001 Р/с 40702810501700000261 в филиал
"Центральный" Банка ВТБ ПАО г. Москва
к/с 30101810145250000411
БИК 044525411
Администратор клиники на основании доверенности
№2 от 01.04.2023 _____/
/

Заказчик:

ФИО: Денисова Галина Александровна
Дата рождения: 23/05/1982
Паспорт: серия 4502 №147573
Выдан: Паспортным столом N 1 СВАО ОВД БИБИРЕВО
г.Москвы 28.05.2002
Адрес: Москва, ул. Совхозная, д.10 Б, кв. 25
Телефон: 89853340523

Подпись заказчика _____



получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

**Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Приложение № 2 к приказу МЗ РФ
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Я, Денисова Галина Александровна, 23/05/1982 г. рождения, зарегистрированный по адресу: Москва, ул. Совхозная, д.10 Б, кв. 25, проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств¹, 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 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "Четыре Сегмента".

Медицинским работником (Рустамов Ислам Балагюлович) 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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, в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Подпись пациента (законного представителя):

Подпись врача:

_____ / _____ /

_____ / _____ /

(ФИО)

(ФИО)

«__» _____ 20__ г.

13 января 2024 г.

¹ Из них: 1.Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза 2.Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия 3.Антропометрические исследования 4.Термометрия 5.Тонометрия 10. Функциональные методы обследования 11.Рентгенологические методы обследования