**Договор на оказание стоматологических услуг № № амб. карты**

 от Текущая дата кратк.

Общество с ограниченной ответственностью "АННАДЕНТ, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00311731 от 21.02.2017, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (адрес: Москва, Оружейный переулок д.43, тел. 8-499-251-83-00). При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы и услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической.

ООО "АННАДЕНТ", именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора Новиковой А.С., действующей на основании Устава и Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", с одной стороны, и

 **Фамилия Имя Отчество**

именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту стоматологические услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией.

1.2 Исполнитель оказывает услуги Пациенту, исходя из объективного состояния здоровья Пациента на момент заключения данного договора.

1.3 Исполнитель обязуется предоставить Пациенту стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, а Пациент обязуется оплатить их стоимость в соответствии с прейскурантом, утвержденным Исполнителем на момент оказания услуги.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Осуществить в оговоренное сторонами время осмотр Пациента для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения.

2.1.2. Провести полноценный клинический осмотр, диагностическое обследование в полном объеме и на основании установленного диагноза наметить план лечения.

2.1.3 Ознакомить Пациента с вариантами лечения и прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. Согласовать план и стоимость лечения.

2.1.3 Результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в амбулаторной карте.

2.1.4. Ставить в известность Пациента о возможных обстоятельствах, возникающих в процессе лечения, которые могут привести к изменению объема оказания услуг и как следствие - изменение конечной стоимости выполненных работ, а также предупреждать о возможных осложнениях при проведении лечения и после него. Изменение утвержденного плана лечения отражается в амбулаторной карте.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.

2.1.6. Исполнить все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства с учетом объективного состояния здоровья Пациента на момент оказания медицинской услуги.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Исполнитель имеет право самостоятельно определять характер и объем исследований, манипуляций для установления диагноза, надлежащего и адекватного лечения Пациента.

2.2.2 Исполнитель с согласия Пациента вправе допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения.

2.2.3 Отказать в лечении, если это лечение не соответствует требованиям технологий и может вызвать неблагоприятные последствия для Пациента.

2.2.4 В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для проведения лечения.

2.2.5 Отказать в обслуживании Пациента, находящегося в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящегося в состоянии здоровья, недопустимого для проведения стоматологического лечения.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Являться на прием в установленное время. При опоздании более чем на 10 минут обязательно предупреждать доктора по телефону и не менее чем за 12 часов о невозможности явки на прием. В противном случае врач ООО "АННАДЕНТ" имеет право отказать в дальнейшем лечении.

2.3.2. Соблюдать "Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей ООО "АННАДЕНТ".

2.3.3 Обязан оплатить стоимость консультации специалиста клиники вне зависимости от того, будет ли продолжено лечение.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия Врача Имя Врача Отчество Врача

 1

2.3.4. При оформлении первичной медицинской документации максимально точно заполнить карту общего здоровья.

2.3.5 Выполнять все указания и рекомендации лечащего врача, которые были выданы на руки Пациента лечащим врачом в виде Памяток, листовок и т.д.

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

2.3.7. Соблюдать гигиену полости рта, записываться и являться на регулярные профилактические осмотры **не реже 2 раз в год.**

2.3.8. Производить оплату медицинских услуг в полном объеме, согласно условиям договора.

2.3.9. В период гарантийного срока обращаться непосредственно к Исполнителю при возникновении

вопросов или жалоб, связанных со стоматологической услугой (пломбы, протезы), не прибегая к услугам других стоматологических учреждений, в противном случае Пациент лишается права на гарантийное обслуживание у Исполнителя. Исключение составляет необходимость оказания неотложной медицинской помощи.

2.3.10. Пациент обязан ознакомиться с информацией, непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, в том числе с Положением о гарантийных сроках и Сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО "АННАДЕНТ"(Приложение №1 к настоящему договору), а также со Сроками изготовления (Приложение №2).

2.3.11. В случае возникновения спора между сторонами настоящего договора, наличия претензий по качеству стоматологических услуг пройти обязательную процедуру досудебного урегулирования спора (процедуру урегулирования спорной ситуации), регламентируемую разделом 4 настоящего договора.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Выбрать лечащего врача.

2.4.2 Пациент имеет право на получение достоверных сведений об объеме и характере лечения, о стоматологическом состоянии его здоровья.

 2.4.3. Пациент имеет право просить принять предоплату за оказание стоматологических услуг в размере 50% от их общей стоимости до начала лечения.

2.4.4. Пациент вправе отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой произведенного лечения. В данном случае предоплата на приобретение расходных материалов и изготовление каких-либо стоматологических конструкций не возвращается.

2.4.5. Помимо указанных в договоре прав, Пациент обладает всеми правами предоставленными ему действующим Законодательством РФ об охране здоровья граждан.

**3. Ответственность сторон**

3.1. Исполнитель несет ответственность:

3.1.1. За качество выполняемых стоматологических услуг по настоящему договору (в соответствии с утвержденными стандартами и клиническими рекомендациями).

3.1.2. За причинение вреда здоровью Пациента по вине врача.

3.2. Исполнитель не несет ответственность в случаях:

3.2.1. Возникновения осложнений по вине Пациента (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, отказе от необходимого дополнительного комплекса обследований и лечения).

3.2.2. Возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении.

3.2.3. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено Пациентом в Карте общего состояния здоровья.

3.2.4. Прекращения (незавершения) лечения по инициативе Пациента.

3.2.5. Если Пациент не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

3.2.6. В случае неявки на очередной профилактический осмотр Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятный результат проведенного ранее лечения.

3.3. Пациент несет ответственность:

3.3.1. За достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача и своевременную оплату медицинских услуг.

**4. Разрешение споров**

4.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по поводу качества оказания услуги или иным условиям настоящего договора, стороны решают спор посредством его досудебного урегулирования при помощи переговоров.

4.2. В случае нарушения условий настоящего договора одной из сторон и недостижения согласия в порядке досудебного урегулирования заинтересованная сторона имеет право обратится в суд по месту исполнения настоящего договора.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия Врача Имя Врача Отчество Врача

2

**5. Гарантийные обязательства**

5.1. Исполнитель на оказанные услуги, изготовленные и реализованные изделия и товары устанавливает Гарантийные сроки и Сроки службы согласно действующему у Исполнителя "Положения о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы", производимые в ООО "АННАДЕНТ" и требований Законодательства РФ. С Положением можно ознакомиться в клинике или на сайте организации (Приложение №1 к настоящему договору).

5.2. В случае отказа Пациента от окончания лечения, при несоблюдении рекомендаций врача, гигиены полости рта, а также при неявке на очередной профилактический осмотр гарантийные обязательства на уже проведенное лечение аннулируются.

**6. Непредвиденные обстоятельства**

6.1. Стороны не несут ответственности за невыполнение своих обязательств по настоящему договору, если это было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажорными обстоятельствами), непосредственно повлиявшими на выполнение сторонами своих обязательств по настоящему договору.

6.2. Если стоматологическая услуга была оказана в соответствии с показаниями и в объеме, адекватном

состоянию здоровья Пациента на момент обращения, то все неблагоприятные последствия такой услуги расцениваются как непрогнозируемый исход (форс-мажорные обстоятельства).

**7. Срок действия договора**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует 3 года.

7.2. Договор составлен на 3-х страницах, в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.3. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из сторон обязательств по настоящему договору. Информация о прекращении действия договора может быть доведена до сведения сторон путем отправления сообщения письмом по Почте России, по электронной почте или SMS-сообщением по телефону, указанному в договоре.

**8. Заключительные положения**

8.1. Все изменения и дополнения настоящего договора оформляются путем подписания дополнительного соглашения.

8.2. В случаях, непредусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.3. ООО "АННАДЕНТ" имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги. При предоплате конкретных услуг изменение стоимости таких услуг невозможно.

8.4. Порядок и условия выдачи пациенту или Заказчику копий медицинских документов регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ №789н от 31.07.2020 г., сроки выдачи - федеральным законом №59-ФЗ от 02.05.2006 года.

 8.5. Ознакомиться с имеющимися стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, на основании которых оказываются медицинские услуги, можно на сайте annadent.ru

**9. Подписи сторон**

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО "АННАДЕНТ" ПАЦИЕНТ:

Юр.адрес 121309, Москва, ул Барклая д.13, стр.1 Фамилия Имя Отчество

Факт.адрес: 121309, Москва, ул.Барклая д.13, стр.1 Адрес регистрации Адрес Улица Город

ИНН 7730638590, КПП 773001001 Телефон Телефон дом. Телефон моб.

ОГРН 1117746084136, свидетельство о регистрации Номер паспорта

(серия 77 №012155734), Серия паспорта

выдано Межрайонной ИФНС №46 по г.Москве 10.02.11. Дата выдачи паспорта

 телефон 8-495-722-62-92 Кем выдан паспорт

сайт annadent.ru

**Врач-стоматолог**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Олейникова О.В.**

 Второй экземпляр договора на руки получен,

На основании доверенности №3 от 01.01.2023

сроком на 5 лет

 с прейскурантом ознакомлен/а/\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество

 3

**Приложение №1 к договору №№ амб. карты об оказании платных услуг в ООО «АННАДЕНТ»**

**Положение о гарантиях и сроках службы на услуги, предоставленные в стоматологическом кабинете ООО «АННАДЕНТ»**

**I. В стоматологическом кабинете ООО «АННАДЕНТ» предоставляются гарантии:**

 1.1 При терапевтических вмешательствах – на пломбу, пломбирование каналов 3 года

 1.2 При установке временной пломбы - 1 день

 1.3. При установке временной пластмассовой коронки – 14 дней

 1.4 Ортопедические конструкции – 3 года, за исключением пластмассовых конструкций (части съемных протезов), на которые предоставляется гарантия 1 год.

**II. Клиника выполняет свои гарантийные обязательства при соблюдении пациентом следующих условий:**

 2.1 Регулярное соблюдение гигиены полости рта

 2.2 Полная санация полости рта и рациональное протезирование (отсутствие кариозных полостей, дефектов зубных рядов).

 ***Под понятием зубной ряд без дефекта подразумевается наличие минимум 12 зубов на каждой из челюстей, начиная от шестого правого и заканчивая шестым левым зубом***

 2.2 Посещение профилактических осмотров в сроки, назначенные лечащим врачом, **не реже 2 раз в год**.

 2.3 Выполнение пациентом всех назначений и предписаний лечащего врача.

2.4 В случае возникновения дискомфорта либо других проявлений в области проведенного лечения, пациент обращается в кабинет «АННАДЕНТ». Пациент не проводит коррекцию работы выполненной в нашем Кабинете, в других медицинских учреждениях (за исключением развития острого заболевания и невозможности посещения ООО «АННАДЕНТ»)

2.5 Пациент предоставляет выписку из медицинской карты и рентгеновские снимки из других лечебно-профилактических учреждений в случаях, если он обращался за неотложной стоматологической помощью.

**III. Устанавливаются сроки службы на выполнение работы:**

 Терапевтическое лечение:

 - пломбы – 3 года

 - пломбирование кариозных полостей –3 года

 - эндодонтическое лечение – 3 года

 Ортопедия:

 -несъемные виды протезирования - 3 года

 - срок службы съемного протеза (без учета необходимости перебазировок, приварки элементов протеза, вызванных индивидуальными особенностями пациента) – 3 года.

 **IV. Выполнение гарантийных обязательств не продлевает срока гарантии**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фамилия Врача Имя Врача Отчество Врача

 4

**Информированное согласие от Текущая дата кратк.**

**Согласие на предварительный осмотр и консультацию**

 Я, Фамилия Имя Отчество , Дата рождения года рождения, зарегистрированный по адресу Адрес Улица Город добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологический кабинет ООО "АННАДЕНТ". С прейскурантом ознакомлен.

 Для получения максимально полной картины состояния органов полости рта, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на :

 Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

 Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация (проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования)

 Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)

 Рентгенологические методы обследования

 Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно

**Согласие на осуществление лечения (медицинского вмешательства)**

 Я, Фамилия Имя Отчество (ФИО полностью), подтверждаю следующее:

 Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках. **Я также получил/а/ информацию о том, какие услуги я могу получить бесплатно в медицинских организациях, работающих в программе ТОФМС**.

 Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Я информирован/а/ о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

 Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения.

Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

 Я предупрежден/а/ о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и к ООО "АННАДЕНТ" .

 Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

 Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологическому кабинету ООО "АННАДЕНТ".

 Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

 Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения :

- парестезия временная или постоянная после введения анестетика в целях обезболивания

- гематома после инъекции анестетика;

- постпломбировочные боли при надкусывании;

- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;

- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;

- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия Врача Имя Врача Отчество Врача 1

- возникновение периодонтальных явлений и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;

- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;

- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;

- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня, чай);

- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;

- при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба.

- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;

- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;

- повторный воспалительный процесс пародонта вследствие неудовлетворительного гигиенического ухода за полостью рта;

- увеличение подвижности зубов;

- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованную;

- явления гальванизма при непереносимости металлов и сплавов, из которых изготовлены ортопедические конструкции

- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;

- появление натёртостей при съёмном протезировании;

- рвотный рефлекс;

- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;

- аллергическая реакция на материалы съёмных протезов;

- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;

- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;

- переломы и сколы различных видов съёмных протезов и несъемных конструкций;

- возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;

- асфиксия во время сна в случае неснятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;

- травматизация слизистой оболочки рта;

- плохая фиксация и стабилизация протезов;

- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использовани или при наличии патологической стираемости и/или бруксизма;

- расцементировка после постоянной или временной фиксации;

- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ, при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;

- появление запаха изо рта и образование налёта на частично-съемных, бюгельных и мостовидных протезах и коронках из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;

- расцементировка старых несъемных конструкций при снятии слепков;

- изменение сроков протезирования.

 Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я знаю, что после введения анестезии нежелательно в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

 Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния при возникновении состояния, требующего оказания экстренной медицинской помощи (анафилактический шок, отек Квинке, обморок, коллапс, гипретонический криз, приступ бронхиальной астмы).

 Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

 **Я даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п.1,3 ст.3, ст.11 Федерального закона №152-ФЗ "О персональных данных", и разрешаю отправку кассовых чеков, рассылок и напоминаний на мой телефон или электронную почту.**

**Я согласен(а)на то, что фото и видео материалы, полученные во время медицинского вмешательства, могут быть использованы стоматологическим кабинетом ООО "АННАДЕНТ", в случае неразглашения моих персональных данных.**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия Имя Отчество ) Текущая дата кратк.

 Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( Фамилия Врача Имя Врача Отчество Врача )

 2