

УВЕДОМЛЕНИЕ

до заключения договора оказания платных стоматологических услуг при наличии у Заказчика
полиса добровольного медицинского страхования

Я, _____, (далее по тексту «Заказчик») до заключения договора в письменной форме уведомлен «Исполнителем» - КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 18» министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБУЗ СП 18) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника - врача, медсестры, представляющего медицинскую по ДМС), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ (подпись) _____ (Ф.И.О. пациента)

ДОГОВОР

оказания платных стоматологических услуг при наличии у Заказчика
полиса добровольного медицинского страхования

г. Хабаровск

« _____ » _____ 20 ____ г.

КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 18» министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБУЗ СП 18), ОГРН 1022701192469, сведения об юридическом лице внесены в ЕГРЮЛ ИФНС по Индустриальному району города Хабаровска 14.01.2013 г., свидетельство серии 27 № 002174904, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Потопяк Виктора Дмитриевича, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО 2701-002315 от 28.06.2017 г., выданной Отделом лицензирования и контроля качества медицинской помощи Министерством здравоохранения Хабаровского края, адрес: г. Хабаровск, ул. Фрунзе, 72, тел. 32-87-83; 32-87-80, на следующие виды специализированной медицинской помощи: стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, стоматология ортопедическая, ортодонтия, рентгенология, физиотерапия, экспертиза временной нетрудоспособности и доврачебной медицинской помощи: сестринское дело, стоматология, стоматология профилактическая, физиотерапия и рентгенология, с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны,

заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. При наступлении страхового случая исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги в объеме, предусмотренном договором добровольного медицинского страхования.
- 1.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем на основании списка застрахованных лиц и полиса добровольного медицинского страхования (далее - полис ДМС), выданного Заказчику страховой организацией.
- 1.3. Медицинская помощь оказывается Заказчику в объеме и на условиях, определенных в программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора, заключенного Исполнителем и страховой организацией.
- 1.4. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги по адресам: г. Хабаровск, ул. Рокоссовского, 18а, тел. 51-03-61; ул. Аксенова, 22а, тел. 54-49-87 в соответствии с установленным режимом работы стоматологической поликлиники по предварительной записи лично, либо в день обращения при наличии свободного времени у медицинского работника.
- 1.5. Срок оказания медицинских услуг устанавливается до « _____ » _____ 20 ____ г.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Исполнитель производит осмотр полости рта Заказчика квалифицированным врачом-стоматологом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Заказчика. По результатам осмотра составляется план лечения с необходимым набором по полису добровольного медицинского страхования, фиксируется в амбулаторной карте под роспись Заказчика.
- 2.2. Необходимым условием исполнения договора является информированное добровольное согласие Заказчика на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые Заказчик дает информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения стоматологической помощи. Добровольное информированное согласие является подтверждением того, что Заказчик в доступной форме информирован о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения.
- 2.3. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя в помещении и на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя.
- 2.4. Изменение плана лечения отражается Исполнителем в медицинской карте Заказчика.
- 2.5. Исполнитель не оказывает медицинские услуги при нахождении Заказчика в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
- 2.6. До подписания настоящего договора Заказчик должен быть ознакомлен со сведениями об исполнителе: адрес, режим работы, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя.
- 2.7. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг по программе ДМС потребуются предоставление медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан».
- 2.8. Заказчик согласен с тем, что в процессе и после оказания услуги могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатком услуги, т.к. являются неотъемлемой частью адаптации организма, процесса восстановления зубочелюстной системы.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Заказчик имеет право:

- 3.1.1. Получать исчерпывающую информацию в объеме, указанном в п. 2.2. настоящего договора.
- 3.1.2. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.
- 3.1.3. Согласовывать время приема у врача, из имеющегося свободного.

3.2. Заказчик обязан:

- 3.2.1. Соблюдать рекомендации и предписания врача, являться на прием в назначенное время.
- 3.2.2. Предоставить Исполнителю информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарственных препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении других лечебных учреждениях.
- 3.2.3. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю.
- 3.2.4. Выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги.
- 3.2.5. Производить оплату фактически оказанных медицинских услуг.

3.3. Исполнитель обязан:

- 3.3.1. Получить от Заказчика информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
- 3.3.2. До начала оказания платных медицинских услуг предупредить Заказчика о возможности получения бесплатных медицинских услуг в рамках Территориальной программы госгарантий.
- 3.3.3. Предупредить Заказчика о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных программой ДМС. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 3.3.4. Оказать услуги надлежащего качества, в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи и имеющимися стандартами.
- 3.3.5. Устранять недостатки некачественно оказанных услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. В качестве способа расчета за оказанные Заказчику услуги Исполнитель принимает медицинскую страховку на условиях и в порядке, предусмотренном страховым полисом Заказчика и договором на оказание медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, заключенному между Исполнителем и Страховой организацией.

4.2. Медицинские услуги, оказанные Исполнителем Заказчику оплачивает Страховая компания в безналичном порядке согласно выставленным счетам и действующему прейскуранту цен.

5. ГАРАНТИЙНЫЙ СРОК

5.1. Исполнитель устанавливает гарантийный срок за оказанные стоматологические услуги, который исчисляется со следующего дня, после принятия услуги Заказчиком и составляет 12 месяцев.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН, РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством при наличии своей вины.

6.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества услуг спор между сторонами рассматривается согласительной комиссией с привлечением независимых экспертов.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям предусмотренным законом.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств по договору.

7.2. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор.

8. АДРЕСА И ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик:

адрес: _____, тел. _____
паспорт: серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ г. _____

Исполнитель: КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 18» министерства здравоохранения Хабаровского края
адрес: г. Хабаровск, ул. Рокоссовского, 18 «а», тел. 52-08-65

ПОДПИСИ СТОРОН:

Заказчик

Ф.И.О.

(подпись)

Исполнитель

Главный врач КГБУЗ СП 18

Потопяк В.Д.

