

Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он (она), был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Постановление правительства Пензенской области №929-ПП от 29.12.2021г, постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» размещены на сайте исполнителя и информационных стендах Исполнителя.

Информационные стенды Исполнителя находятся по адресу: 442585, Пензенская область, с.Индерка, пер.Центральный, зд.2, оф.1.

Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу). В том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Пациент

Ф.И.О.

ДОГОВОР № 1__ **платного оказания стоматологических услуг**

с. Индерка «04» __ 02 __ 2025 __ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Рудена» Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц. Регистрирующий орган: ИФНС по Октябрьскому району г.Пенза ОГРН1235800000920. Адрес места нахождения: 442585, Пензенская область, Сосновоборский район, с.Индерка, пер. Центральный, зд.2, офис 1 (лицензия № ЛО41-01166-58/00666995; от «28» июля 2023г. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): первичная доврачебная медико-санитарная помощь. Амбулаторно. по сестринскому делу. Первичная специализированная медико-санитарная помощь. Амбулаторно. по стоматологии ортопедической; по стоматологии терапевтической. выдана Министерством здравоохранения Пензенской области. Адрес: г.Пенза, ул. Пушкина 163, тел: 48-81-01), именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице генерального директора Казаевой Эльфии Сяитовны действующего на основании Устава, с одной Стороны, и гражданин (ка) Иванов Иван Иванович, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную стоматологическую услугу в соответствии с Протоколом согласования договорной цены (Приложение 1 к настоящему договору), а Пациент обязуется оплатить оказанную услугу на условиях настоящего договора.

1.2. Лечащими врачами являются Горбунова Ия Геннадьевна, Мамадиеров Юсуф Рахмонович /Ф.И.О./

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Провести качественное обследование полости рта Пациента и, в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

2.1.2. По результатам обследования представить Пациенту полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта, сущности применяемых в его случае методик лечения, протезирования, медикаментов, материалов и составить для Пациента рекомендуемый план лечения, согласовав с Пациентом перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.

2.1.3. Информировать Пациента о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента.

2.1.4. Исполнитель определяет Пациенту на отдельные услуги - терапевтическое лечение и протезирование - гарантийный срок продолжительностью 1 (один) год, а также срок службы продолжительностью 2 (два) года, при условии выполнения Пациентом требований предусмотренных и.п. 4.1. настоящего договора, если иное не определено в учетно-регистрационной документации, оформляемой по окончании оказания услуги.

2.1.5. Информировать Пациента о стоимости услуги с учетом проведенного обследования, в соответствии согласованным планом лечения и профилактики.

2.1.6. Обеспечить качественное выполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с применением высококачественных материалов и инструментов, использованием современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.

2.1.7. Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом, при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы.

2.1.8. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.1.9. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения его обязанности по лечению Пациента исполняет другой лечащий врач стоматологической клиники с согласия Пациента.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Предоставить необходимую и достоверную для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг

2.2.2. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительной причине - в ближайшее время предупредить об этом Исполнителя.

2.2.4. Ознакомиться с определенными для Пациента гарантийным сроком на оказанные услуги, сроком службы, а также с условиями, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются. Подписание Пациентом настоящего договора является также подтверждением факта ознакомления и согласия Пациента с гарантийным сроком на оказанные услуги, сроком службы, а также с условиями, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются.

2.2.5. Удостоверить личной подписью в оформляемой Исполнителем документации:

- сообщенные сведения о своем здоровье;

- факт получения сведений о наличии заболевания, диагнозе и прогнозе заболевания и о возможных рисках при лечении данного заболевания;

- факт ознакомления с рекомендованным планом лечения и согласия с намеченным к выполнению планом лечения и его стоимостью;
 - факт ознакомления с вариантами последствий и результатами лечения;
 - факт добровольного информированного согласия на все проводимые манипуляции.
- 2.2.6. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.
- 2.2.7. В случае необходимости, для проведения отдельных видов лечения. Пациент приобретает за счет собственных средств расходные медицинские материалы.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Цена стоматологических услуг определяется в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом в размерах, определяемых согласно Протоколу согласования договорной цены (Приложение 1 к настоящему договору).

3.2. Оплата услуг в полном объеме производится Пациентом в рублях наличными в кассу Исполнителя в день окончания оказания услуги, либо на расчетный счет Исполнителя не позднее 5 календарных дней с момента окончания оказания услуги.

3.3. В случае осуществления долгосрочного лечения (протезирование либо ортодонтическое), оплата услуг производится авансовыми платежами по мере оказания услуги в размерах, определяемых согласно Протоколу согласования договорной цены (Приложение 1 к настоящему договору).

4. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

4.1. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Пациентом следующих требований:

- выполнить весь согласованный план лечения;
- не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи;
- своевременно сообщать Исполнителю о возникших осложнениях;
- в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения предоставлять документы, подтверждающие необходимость произведенного вмешательства (выписка из медицинской карты, рентгеновские снимки, результаты обследования и лечения на иных носителях).

4.2. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока следующих обстоятельств:

- беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, игнорирование обязательного профилактического осмотра, проводимого 1 раз в 6 месяцев, (после проведения зубного протезирования с опорой на стоматологических имплантах 1 раз в 3 месяца) и (или) рекомендаций лечащего врача.

4.3. Исполнитель не несет гарантийных обязательств перед Пациентом в следующих случаях:

- при лечении зубов, ранее подвергавшихся эндодонтическому лечению;
- при невозможности проведения или отказе Пациента от проведения диагностических, измерительных, контрольных снимков;
- при отказе или несогласии Пациента с планом лечебных и профилактических мероприятий, предложенных врачами клиники;
- при несогласии Пациента с рациональным планом протезирования, предложенного ортопедом в соответствии с расчетом выносливости пародонта опорных зубов, учитывая данные исследований;
- при просьбе Пациента о лечении и протезировании зубов со сложным периодонтальным прогнозом (деструктивные формы периодонтита, невозможность перелечивания корневых каналов зуба и др.);
- при возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению;
- при установке протеза изготовленного специалистами других лечебных учреждений;
- при починке съемного протеза, изготовленного в другом лечебном учреждении или с истекшим сроком гарантии;
- при прекращении лечения по инициативе Пациента;
- при возникновении осложнений по вине Пациента: несоблюдения гигиены полости рта, невыполнения назначенного лечения, несвоевременного сообщения о возникших осложнениях и др.

Гарантия не распространяется:

- на фиксацию декоративных назубных украшений; - на хирургическое лечение;
- на профессиональную чистку, отбеливание зубов; - на иные услуги, которые не являются терапевтическим лечением и (или) протезированием

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Ответственность сторон при неисполнении либо ненадлежащем исполнении обязательств по настоящему договору определяется в соответствии с действующим законодательством.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

6.2. Настоящий договор может быть расторгнут одной из сторон в соответствии с действующим законодательством в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

6.2.1. Потребитель вправе отказаться от исполнения договора о выполнении услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

6.3. Неотъемлемыми частями настоящего договора являются: «Медицинская карта стоматологического больного». «Протокол добровольного информированного согласия Пациента на проведение стоматологического обследования и лечения» (Приложение № 2 к настоящему договору), которые хранятся у Исполнителя, и «Протокол согласования договорной цены».

6.4. В случае возникновения между сторонами разногласий, связанных с исполнением услуг по настоящему договору, несогласная сторона должна обратиться за разрешением вопроса в клинко-экспертную комиссию (к эксперту) территориальной организации Стоматологической Ассоциации, заключение которой (которого) является обязательным для сторон.

6.5. Стороны будут стремиться решать все спорные вопросы путем переговоров, в случае не достижения согласия - в судебном порядке.

6.6. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

6.7. Стороны добровольно и осознанно заключают настоящий договор.

6.8. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

СВЕДЕНИЯ О ПОТРЕБИТЕЛЕ: Ф.И. О. Иванов Иван Иванович Адрес места жительства: _____ (Ф.И.О) _____ подпись	ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Рудена» Адрес места нахождения: 442585, Пензенская область, с.Индерка, пер.Центральный, зд.2, оф.1 ИНН 5826007619, КПП 582601001 Текущий счет 40702810029840000553 БИК 042202824 ОКПО 53629005, Ген.директор Э.С. Казаева.
---	---

ПРОТОКОЛ

«Медицинская организация» и «Пациент», в соответствии с действующим у Исполнителя прейскуранта (далее Прейскурант) согласовали итоговую договорную цену Договора в размере _____ руб. за оказание Исполнителем следующих услуг:

[illegible]

Оплата производится Пациентом в день подписания настоящего Протокола согласования договорной цены (далее Протокол). Стороны пришли к соглашению, что состав вышеперечисленных услуг может быть изменен в связи с возникновением в процессе оказания услуг обстоятельств, вызванных причинами, выявление которых лечащим врачом, действовавшим с достаточной степенью осмотрительности и с осторожности, было невозможно либо затруднительно на момент подписания настоящего Протокола. При этом размер итоговой цены Договора может быть изменен.

АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

Пациент

ООО «Рудена»
Адрес места нахождения: 442585,
Пензенская область, с.Индерка, пер.Центральный, зд.2, оф.1
ИНН 5826007619, КПП 582601001
Текущий счет 40702810029840000553
БИК 042202824 ОКПО 53629005,
Ген.директор Э.С. Казаева.

Ф.И. О Иванов Иван Иванович

Адрес места жительства :

телефон

План
проведения стоматологического обследования и лечения

ЭТАП 1

	Наименование работы (услуги)	Количество	Цена	Сумма
	Всего			

ЭТАП 2

	Наименование работы (услуги)	Количество	Цена	Сумма
	Всего			

• План лечения может быть дополнен и изменен по согласованию с пациентом и в соответствии с медицинскими показаниями. В случае несогласия пациента с обязательными изменениями плана лечения по медицинским показаниям или изменением его стоимости лечение прекращается и делается перерасчет с оплатой фактически оказанных услуг.

• Каждая указанная в плане лечения манипуляция является отдельным этапом лечения.

• Гарантия сохранения цен по плану лечения возможна только при условии внесения аванса за предполагаемые услуги. В случае оплаты услуг по факту их оказания стоимость в прайсе со временем может измениться в большую сторону. Оплата в этом случае производится в соответствии с Договором и действующим прейскурантом Исполнителя на момент дня фактического оказания услуг.

• При проведении ортопедических работ пациенту были предложены все возможные альтернативные методы протезирования : несъемное протезирование коронками , съемное и частично съемное протезирование , имплантация зубов . разъяснены все возможные осложнения каждого из видов протезирования.

Ориентировочные сроки лечения по данному плану составляют- 1 месяца(ев). Мне понятен план, объем и срок лечения, возможные осложнения на всех этапах лечения, возможность возникновения необходимости дополнительных обследований, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты за иные услуги в случае возникновения медицинских показаний. Мне разъяснили значение всех слов и медицинских терминов, связанных с реализацией плана лечения. Я имел(а) возможность задать любые вопросы врачу и получил(а) ответы на все вопросы, касающиеся предстоящего лечения и полностью доверяю квалификации специалистов ООО «Рудена».

С планом лечения ознакомлен и согласен: _____ Дата: 04.02.2025

АКТ СДАЧИ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

№ п/п	Наименование оказанных услуг	Ед-ца изм.	Кол- во	Стоимость, руб.
	Всего			

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок в соответствии с Планом проведения стоматологического обследования и лечения

Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказанных услуг не имеет.

АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

Пациент

ООО «Рудена»

Адрес места нахождения: 442585,

Пензенская область,

с.Индерка, пер.Центральный, зд.2, оф.1

ИНН 5826007619, КПП 582601001

Текущий счет 40702810029840000553

БИК 042202824 ОКПО 53629005,

Ф.И. О Иванов Иван Иванович

Адрес места жительства :

Телефон _____

_____ / _____

Ген.директор Э.С. Казаева _____.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

1. **Запломбированные зубы** необходимо чистить зубной щеткой с пастой так же, как естественные зубы - два раза в день. После еды следует полоскать для удаления остатков пищи.
2. Для чистки межзубных промежутков можно использовать зубные нити (флоссы) после обучения их применению и по рекомендации врача- стоматолога.
3. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3-4 дней, необходимо обратиться к врачу.
4. Если после пломбирования и окончания действия анестезии пломба мешает смыканию зубов, то необходимо в ближайшее время обратиться к лечащему врачу.
5. При пломбах из композитных материалов не следует принимать пищу, содержащую естественные и искусственные красители (например: чернику, чай, кофе и т.п.) в течение первых двух суток после пломбирования зуба.
6. Возможно, временное появление боли (повышенной чувствительности) в запломбированном зубе во время приема и пережевывания пищи. Если указанные симптомы не проходят в течение 1-2 недель, необходимо обратиться к лечащему стоматологу.
7. При возникновении в зубе резкой боли необходимо как можно быстрее обратиться к лечащему стоматологу.
8. Во избежание сколов пломбы и прилегающих к пломбе твердых тканей зуба не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например: орехи, сухари) , откусывать от больших кусков (например: от цельного яблока).
9. Раз в пол года следует посещать стоматолога для проведения профилактических осмотров и необходимых манипуляций (при пломбах из композитных материалов - для полировки пломбы, что увеличит срок ее службы)