

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
**«ДМИТРОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА»**

ПРИКАЗ

г. Дмитров

« 01 » октября 2018 г.

№ 341

**Об утверждении бланков (форм) документов,
используемых при оказании платных медицинских услуг**

В целях совершенствования организации оказания платных медицинских услуг в ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника» реализации прав пациентов на получение медицинских услуг за плату, руководствуясь Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить договор (с приложениями) на оказание платных медицинских услуг в ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника» согласно приложению 1 к настоящему приказу.
2. Утвердить информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи согласно приложению 2 к настоящему приказу.
3. Утвердить Анкету здоровья пациента, согласно приложению 3 данного приказа.
4. Утвердить Согласие пациента на обработку персональных данных, согласно приложению 4 к настоящему приказу.
5. Утвердить перечень медицинских вмешательств, при оказании которых требуется добровольное информированное согласие пациента, согласно приложению 5 к настоящему приказу.
6. Утвердить Акт выполненных работ к договору на оказание медицинских услуг, согласно приложению 6 к настоящему приказу.
7. Утвердить Положение об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических услуг, согласно приложению 7 к настоящему приказу.

8. Утвердить Согласие законного представителя несовершеннолетнего ребенка на внесение денежных средств за оказанные в ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника» платные медицинские стоматологические услуги, согласно приложению 8 к настоящему приказу.

9. Установить необходимым условием оказания медицинской помощи пациентам на платной основе информирование пациента об условиях предоставления медицинских услуг в ГАУЗ «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника» путем подписания с пациентом документов, установленных пунктами 1-5 настоящего приказа. В завершение предоставления платных медицинских услуг необходимо подписать документы, установленные пунктом 6 настоящего приказа.

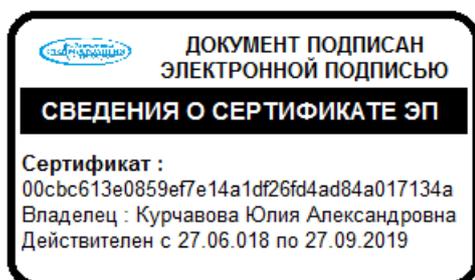
10. Довести настоящий приказ до всех работников, задействованных в оказании медицинской помощи на платной основе.

11. Возложить персональную ответственность за начальниками структурных подразделений за исполнение настоящего приказа работниками вверенных им структурных подразделений.

12. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Куркова С.В.

Главный врач

Ю.А. Курчавова



СОГЛАСОВАНО:

Заместитель главного врача

по экономическим вопросам

Г.И. Сырых

Заместитель главного врача

по медицинской части

С.В. Курков

Юрисконсульт

Н.В. Дмитриева

Ознакомить:

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. **Дмитров**

« ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Московская областная стоматологическая поликлиника» (далее – ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника»), сайт www.dgsp.su, ОГРН 1035001608025, зарегистрирован Инспекцией ФНС по г.Дмитрову Московской области, ИНН 5007004211, лицензия № ЛО-50-01-009959, выданная Министерством здравоохранения Московской области 09 августа 2018 года и подписанная Первым заместителем министра здравоохранения Московской области В.Н. Юшук, на осуществление медицинской деятельности с перечнем услуг (при оказании первичной доврачебной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике, организации сестринского дела, стоматологии ортопедической; при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии ортопедической. При осуществлении доврачебной помощи по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: контролю качества медицинской помощи, стоматологии, стоматологии детской, экспертизе временной нетрудоспособности; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача Курчавовой Юлии Александровны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и Пациент/Представитель несовершеннолетнего, действующий в _____ пользу Пациента _____, именуемый (ая) в

дальнейшем «**Пациент**», **Заказчик**, действующий в интересах Пациента _____,

с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Основные понятия по договору.

«**Платные медицинские услуги**» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее – Договор);

«**Пациент**» – физическое лицо, являющееся Потребителем и имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

«**Заказчик**» – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Пациента (Потребителя);

«**Исполнитель**» – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Пациентам (Потребителям).

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, в соответствии с федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», федеральным законом от 07 февраля 1992 года № 2300/1-1 «О защите прав потребителей», во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее – **Правила**), Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных стоматологических медицинских услуг, включающих в себя:

1.1.1. Проведение консультаций, обследований.

1.1.2. Установление предварительного диагноза, выбор методов лечения, составление Плана лечения.

1.1.3. Проведение лечения в соответствии с установленным диагнозом и согласованным с Пациентом планом лечения.

1.2. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить стоматологические медицинские услуги при наличии медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг и оплатить их согласно действующему прейскуранту.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

2.1. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора, являясь гражданином Российской Федерации, информирован (а) и знает, что имеет право на получение аналогичной бесплатной медицинской помощи в соответствии с частью 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации об утверждении Программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также в соответствии с Территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на действующий период по месту жительства, но желает получить медицинские услуги за счет личных средств согласно настоящему Договору на оказание платных медицинских услуг у Исполнителя.

2.2. В соответствии с п. в) ст. 6 раздела 2 Правил, гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации, Исполнитель имеет право предоставлять платные медицинские услуги.

2.3. Подписанием настоящего договора Пациент подтверждает, что до заключения договора Исполнитель уведомил Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного плана лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, а также подтверждает предоставление своего Информированного добровольного согласия на оказание платной медицинской услуги.

2.4. Лечащий врач, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и получает его Информированное добровольное согласие, составляет и согласовывает со Сторонами договора предварительный План лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с предварительным Планом лечения.

2.5. После проведенного обследования и диагностики, лечащим врачом составляется План лечения с указанием перечня оказываемых медицинских услуг, сроком их исполнения и их стоимостью.

2.6. Срок оказания медицинских услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания платных медицинских услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача.

2.7. План лечения и изменения к нему составляется в письменной форме и доводится до сведения Пациента под роспись. В случае необходимости Стороны договариваются об изменении сроков предоставления платных медицинских услуг, о чем вносятся изменения в План лечения.

2.8. Подписывая Договор, Пациент/ Заказчик подтверждают, что предварительно ознакомились с перечнем и стоимостью оказываемых медицинских услуг, Положением о гарантиях на оказанные медицинские стоматологические услуги, а также правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с Правилами поведения пациентов в ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника».

3. Права и обязанности сторон.

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам оказания медицинской помощи пациентам, клиническим рекомендациям и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых платных медицинских услугах, плане лечения и стоимостью услуг, условиях предоставления медицинских услуг и предоставляемых гарантиях. При изменении Плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента/Заказчика и предоставить дополнительные услуги с его согласия. Несогласие Пациента с оказанием медицинских услуг влияет на результат и гарантии лечения.

3.1.4. Соблюдать сроки оказания медицинских услуг.

3.1.4. Обеспечить безопасность предоставляемых платных медицинских услуг .

3.1.5. Информировать Пациента (его представителя, Заказчика) об изменении прейскуранта цен на медицинские услуги за 30 дней до введения его в действие.

3.1.6. Соблюдать врачебную тайну.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и указанные в Памятке пациента рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, в том числе об аллергических реакциях организма, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Подписывать Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг или отказ от их проведения, предварительный План лечения с указанием сроков и стоимости медицинских услуг, акты приемки-сдачи оказанных услуг и иные приложения к настоящему договору.

3.2.3. Соблюдать Правила внутреннего распорядка, установленные в ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника», в том числе являться на прием к врачу за 10 минут до назначенного времени.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять лечащего врача о приеме препаратов, назначенных специалистами других медицинских учреждений, о получении стоматологических услуг в других медицинских учреждениях.

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, по мнению Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.6. Посещать поликлинику Исполнителя 2 раза в год для планового профилактического осмотра.

3.2.7. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем правила поведения и условия гарантии.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям предварительный План лечения, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг, предварительно уведомив Пациента.

3.3.2. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из иных медицинских учреждений для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.3. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные медицинские стоматологические услуги.

3.3.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать полного возмещения убытков в случае неисполнения Пациентом раздела 3.2. настоящего Договора.

3.3.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания платных медицинских стоматологических услуг.

3.3.6. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

3.4 Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Знакомиться с оригиналом медицинской документации, получать копии медицинской документации, результатов обследований в соответствии с требованиями действующего законодательства.

3.4.3. Расторгнуть Договор и отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по договору.

3.5. Заказчик обязан:

3.5.1. Подписать настоящий Договор об оказании платных медицинских услуг в пользу Пациента, являющегося потребителем данных медицинских услуг, предварительный План лечения с указанием стоимости медицинских услуг, акты приемки-сдачи оказанных платных медицинских услуг и иные приложения к Договору, связанные с оплатой медицинских услуг.

3.5.2. Подписывать согласие на обработку персональных данных, необходимых только для исполнения настоящего Договора.

3.5.3. Оплатить все оказанные Пациенту услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

4. Порядок оплаты

4.1. Стоимость договора указывается в Платежном документе, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.2. Пациент/Заказчик производит оплату медицинских услуг согласно Прейскуранту цен, действующему у Исполнителя на момент оплаты. Оплата медицинских услуг осуществляется одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.3. Согласно Плану лечения медицинские стоматологические услуги по терапии, хирургии и ортопедии оплачиваются в полном размере в день их оказания или в день заключения договора.

При выполнении зубопротезных работ (изготовление изделий из драгоценного металла Исполнителя) оплачиваются Пациентом/Заказчиком в кассу Исполнителя в полном объеме при оформлении заказ-наряда на изготовление изделия из драгоценного металла. Также, вносится в кассу Исполнителя предоплата не менее 80% стоимости драгоценного металла.

При выполнении работ по ортодонтии, Пациентом/Заказчиком производится предоплата работ в размере 50% их стоимости в день обращения.

В случае расторжения договора, Исполнителем делается перерасчет за фактически оказанные услуги и осуществляется возврат остатка предоплаты Пациенту/Заказчику, что и указывается в акте приемки-сдачи услуг.

4.4. При досрочном расторжении договора Исполнитель возвращает предоплату Пациенту/Заказчику в течение 10 рабочих дней с момента расторжения Договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

5. Ответственность сторон

5.1. За нарушение прав потребителя медицинской услуги, за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящим договором.

5.2. Исполнитель не несет ответственность в соответствии с действующим законодательством в случае неблагоприятного исхода лечения в связи:

- с нарушением Пациентом врачебных рекомендаций и режима лечения;

- с возникновением возможных осложнений, которые были указаны и согласованы сторонами при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору;

- предъявлением претензий по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства третьих лиц в гарантийную стоматологическую конструкцию или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию, а также после истечения сроков гарантии и сроков службы о вещественных результатах медицинских услуг.

5.3. Нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, неявка на прием без уважительной причины, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных разделом 3.2. настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных

обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если данные действия Пациента стали причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизили качество ранее оказанных услуг.

5.4. В случае неоплаты Заказчиком оказанных Пациенту платных медицинских услуг, обязанность их оплаты в соответствии с условиями настоящего Договора переходит к Пациенту.

5.5. В случае неоплаты Пациентом/Заказчиком уже оказанных медицинских стоматологических услуг, Исполнитель оставляет за собой право обратиться в судебные органы с требованиями о возмещении расходов.

5.6. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

6. Порядок разрешения споров.

6.1. Понимая субъективность оценки результатов стоматологических медицинских услуг, в том числе в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, стороны договорились проводить оценку результатов оказанных медицинских услуг путем проведения заседаний Врачебной комиссии Исполнителя с участием Пациента/Заказчика. В случае необходимости к проведению оценки качества оказанных медицинских услуг могут быть привлечены сторонние специалисты и эксперты.

6.2. Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. В случае недостижения согласия Сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем на о вещественные результаты услуг:

7.1. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п.

На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не о вещественные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг.

7.2. Исполнителем устанавливаются следующие гарантийные сроки службы на виды работ:

Номер п/п	Наименование услуг	Срок гарантии	Срок службы
	*Ортопедическая стоматология		
1	Временные ортопедические конструкции		
1.1.	Временная коронка, изготовленная в полости рта прямым методом	1 неделя	2 недели
1.2.	Временная коронка, изготовленная лабораторным методом	2 недели	1 месяц
1.3.	Временный съемный протез	1 месяц	2 месяца
2.	Несъемные ортопедические конструкции	1 год	2 года
3.	Съемные ортопедические конструкции	6 месяцев	1 год
	**Терапевтическая стоматология		
1.	Восстановление твердых тканей зуба временной пломбой	3 дня	7 дней
2.	Восстановление твердых тканей зуба постоянной пломбой		
2.1.	Пломба из химического композита I,II,III,IV и V классы по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
2.2.	Пломбы из глассиономерного цемента I,II,III,IV и V классы по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
2.3.	Пломба из композита светового отверждения I, III,IV и V классы по Блэку	1 год	2 года
2.4.	Пломба из композита светового отверждения II класс по Блэку	9 месяцев	1,5 года

***Примечание: При выполнении ортопедических стоматологических услуг:**

- В случае неудовлетворительной гигиены полости рта сроки гарантии и службы на все виды протезирования снижаются на 50%;

- При нарушении графика профилактических осмотров, назначаемых врачом, гарантии аннулируются.

****Примечание: При выполнении терапевтических стоматологических услуг:**

- При КПУ зубов =13-18 сроки гарантии и службы на все виды пломб снижаются на 30%;

- При КПУ зубов >18 сроки гарантии и службы на все виды пломб снижаются на 50%;

- При неудовлетворительной гигиене полости рта, сроки гарантии и службы на все виды пломб снижаются на 70%.

7.3. Гарантийные обязательства на все о вещественные результаты услуг полностью утрачиваются при нарушении Пациентом правил поведения в клинике, условий настоящего Договора и врачебных рекомендаций.

Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы о вещественных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на сайте www.dgsp.ru и на информационном стенде Исполнителя.

8. Прочие условия

8.1. Перечень, сроки, объем и стоимость медицинских услуг согласовываются сторонами письменно в приложениях к настоящему Договору.

8.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

8.3. Подписывая данный Договор, Пациент/Заказчик подтверждают, что делают это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлены

и согласны с Правилами поведения пациентов в ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника», с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью.

9. Срок действия, изменение и расторжение Договора

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением Сторонами обязательств по договору или после расторжения в соответствии с действующим законодательством или условиями Договора.

Срок действия Договора не может превышать сроков службы овеществленных результатов услуг.

9.2. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления письменного дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

9.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Потребителя, по обоюдному согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктом 3.3.4, 3.4.3., 5.3 настоящего Договора, либо в спорных случаях – через суд согласно действующему законодательству Российской Федерации.

9.4. Настоящий договор составлен в 3 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: 1 экз. – Пациенту, 2 экз. – Заказчику, 3 экз. – Исполнителю. При осуществлении оплаты по договору Пациентом самостоятельно, договор составляется в 2-х экземплярах: 1 экз. – Пациенту, 2 экз. – Исполнителю.

10. Приложения к договору:

Приложение № 1 – Предварительный план лечения.

Приложение № 2 - Информированное согласие на оказание платных медицинских услуг.

Исполнитель: государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Московская областная стоматологическая поликлиника» (ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника»)

Адрес: 141800, Московская область, г.Дмитров, ул. Больничная, д.7

Банковские реквизиты:

МЭФ Московской области

(п/с 30825221380 ГАУЗ МО "ДГСП")

(п/с 31825221380 ГАУЗ МО "ДГСП")

(п/с 32825221380 ГАУЗ МО "ДГСП")

р/с 40601810945253000001 в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО Г.МОСКВА 35

БИК 044525000

к/с – нет

ИНН 5007004211

КПП 500701001

ОГРН 1035001608025

ОКТМО 46608101001

ОКАТО 46208501000

ОКПО 05176933

ОКОГУ 2300229

ОКФС 13

ОКОПФ 75201

ОКВЭД 86.23

Телефон: 8(495)993-99-86

Эл.почта: stomatolog-d@mail.ru

Главный врач

/ Курчавова Ю.А./

Заказчик: _____

Фамилия, имя, отчество, место жительства (регистрации), телефон

Подпись

расшифровка подписи: фамилия, имя, отчество

Пациент/Законный представитель: _____

Фамилия имя отчество, место жительства (регистрации), телефон

Подпись

расшифровка подписи: фамилия, имя, отчество

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____

(полное наименование медицинской организации).

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(дата оформления)

Медицинские вмешательства, включенные в Перечень:

1. *Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
2. *Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование*
3. *Антропометрические исследования.
4. *Термометрия.
5. *Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. *Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. *Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирмография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиоотография (для беременных).
11. *Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. *Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно.
13. Медицинский массаж.
14. *Лечебная физкультура.

* - Медицинские вмешательства, включенные в Перечень, применяемые на стоматологическом приеме

Анкета здоровья пациента**ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника»*****Уважаемый пациент!***

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами к анамнезу и ответьте на них полностью, давая только утвердительные или отрицательные ответы. Данная информация необходима для того, чтобы стоматологическое лечение соответствовало состоянию Вашего здоровья.

ВОПРОСЫ К АНАМНЕЗУ:

Когда Вам проводилось последнее стоматологическое лечение и что было выполнено?

(например: удаление зубов, имплантация и др.) _____

Были у Вас какие-нибудь осложнения при проведении стоматологической анестезии? нет да

Если да, то какие? _____

Были ли у Вас аллергические реакции? нет да

Если да, то какие и на что? _____

Принимаете ли Вы в данное время медикаменты? нет да

Если да, то какие и сколько в день? _____

Для женщин детородного возраста: Беременны ли Вы? нет да

Есть у Вас дети на грудном вскармливании? нет да

Отмечались ли у Вас ранее или имеются в настоящее время заболевания:

Заболевания сердечнососудистой системы нет да

Расстройства дыхательной системы нет да

Повышенное или пониженное артериальное давление

Патология мочеполовой системы нет да

Патология желудочно-кишечного тракта нет да

Гормональные расстройства нет да

Заболевания глаз нет да

Заболевание позвоночника или суставов нет да

Заболевание крови или нарушение свёртывания крови нет да

Заболевание центральной нервной системы нет да

Прочие заболевания:

(например: туберкулёз, ВИЧ, сифилис, гепатит, кожные заболевания, отравления, и др.)

Носите ли Вы кардиостимулятор? нет да

Были ли у Вас травмы челюстно-лицевой области? нет да

Курите ли Вы? нет да

Находитесь ли Вы в настоящий момент на стационарном лечении? нет да

Подпись _____ Дата _____

Об изменениях вышеуказанной информации сразу же сообщайте лечащему врачу!

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____,
проживающий(ая) по адресу _____,
паспорт № _____, выдан _____
(дата, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» (далее – Закон), в целях предоставления мне медицинских услуг, даю согласие государственному автономному учреждению здравоохранения Московской области «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника» (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями указанного Закона подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, являющимся сотрудником ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника» и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения амбулаторной медицинской карты. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Настоящее согласие на обработку персональных данных в ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника» дано мной добровольно, свободно, своей волей и в своем интересе. Я, находясь в сознании, понимая значение своих действий и не ошибаясь в отношении согласия, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с тем, как это описано выше.

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____/_____/_____
ФИО разборчиво подпись

Перечень медицинских вмешательств,
при оказании, которых требуется
добровольное информированное согласие пациента

1. Добровольное информированное согласие на анестезиологическое обеспечение стоматологического вмешательства
2. Добровольное информированное согласие пациента на проведение профессиональной гигиены полости рта
3. Добровольное информированное согласие пациента на восстановление зубов (вкладки, накладки, виниры)
4. Добровольное информированное согласие на проведение процедуры отбеливания зубов
5. Добровольное информированное согласие на проведение на проведение терапевтического вмешательства (лечение кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зуба)
6. Добровольное информированное согласие на проведение эндодонтического лечения
7. Добровольное информированное согласие пациента на стоматологическое хирургическое вмешательство
8. Добровольное информированное согласие на дентальную имплантацию (имплантацию зубов)
9. Добровольное информированное согласие пациента на инъекционное введение фибриновой массы в слизистую оболочку десны (PRP-терапия)
10. Добровольное информированное согласие пациента на инъекционное введение ботулинического нейротоксина типа А (нейропротейн) в челюстно-лицевую область
11. Добровольное информированное согласие пациента на применение препаратов гиалуроновой кислоты
12. Добровольное информированное согласие пациента на ортопедическое лечение (зубное протезирование)
13. Добровольное информированное согласие пациента на зубное протезирование в детском возрасте
14. Добровольное информированное согласие на проведение ортодонтического лечения
15. Отказ от медицинского вмешательства в отношении определенного вида медицинского вмешательства

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ДМИТРОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»**

141800, Московская область, г.Дмитров, ул. Больничная, д.7, тел. 8(495)993-99-86, эл.почта: stomatolog-d@mail.ru

**Акт выполненных работ
к договору на оказание медицинских услуг №**

г. Дмитров

«___» _____ 201_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника» в лице врача _____, действующей на основании доверенности, именуемый в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и Пациент/Представитель несовершеннолетнего, _____ действующий _____ в _____ пользу Пациента _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, в дальнейшем именуемые Стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

Исполнитель оказал медицинские услуги по договору в полном объеме и в срок. Пациент полностью удовлетворен результатом выполненных работ, претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Установлен гарантийный срок _____, срок службы _____

Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Врач по доверенности б/н

/_____/ /_____/

(подпись, расшифровка)

(подпись, расшифровка)

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ПАЦИЕНТ:

государственное автономное учреждение здравоохранения
Московской области «Дмитровская городская
стоматологическая поликлиника»
(ГАУЗ МО «ДГСП»)

Адрес: 141800, Московская область, г.Дмитров, ул.
Больничная, д.7

Банковские реквизиты:

МЭФ Московской области

(л/с 30825221380 ГАУЗ МО "ДГСП")

(л/с 31825221380 ГАУЗ МО "ДГСП")

(л/с 32825221380 ГАУЗ МО "ДГСП")

р/с 40601810945253000001 в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО

Г.МОСКВА 35

БИК 044525000

к/с – нет

ИНН 5007004211

КПП 500701001

ОГРН 1035001608025

ОКТМО 46608101001

ОКАТО 46208501000

ОКПО 05176933

ОКОГУ 2300229

ОКФС 13

ОКОПФ 75201

ОКВЭД 86.23

Телефон: 8(495)993-99-86

Эл.почта: stomatolog-d@mail.ru

ФИО _____

Паспорт _____

Адрес _____

ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ГАРАНТИЙНОГО СРОКА
И СРОКА СЛУЖБЫ ПРИ ОКАЗАНИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 01.05.2017) "О защите прав потребителей", Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». В силу положений данных нормативных актов пациент имеет право предъявить требования по устранению недостатков и возмещению убытков в течение гарантийного срока, по существенным недостаткам – в течение срока службы.

2. Гарантийный срок – это период, в течение которого в случае обнаружения недостатка в выполненной работе, исполнитель обязан удовлетворить одно из следующих требований пациента:

- a. Безвозмездное устранение недостатков выполненной работы;
- b. Безвозмездное повторное выполнение этой работы.

Гарантийный срок исчисляется со дня принятия результата работы пациентом, то есть с момента окончания комплексного стоматологического лечения. Исполнитель в течение гарантийного срока отвечает за недостатки работы, если не докажет, что они возникли после принятия работы пациентом вследствие нарушения им правил использования результата работы, действия третьих лиц или непреодолимой силы.

3. Срок службы – период, в течение которого исполнитель обязуется обеспечить потребителю возможность использования результата работы по назначению и нести ответственность за существенные недостатки, возникшие по его вине. Срок службы результата работы определяется периодом времени, в течение которого результат работы пригоден к использованию, и исчисляется со дня со дня принятия результата работы пациентом, то есть с момента окончания комплексного стоматологического лечения.

4. Существенный недостаток – это недостаток, который делает невозможным или недоступным использование результата работы в соответствии с его целевым назначением; либо который не может быть устранен. В случае выявления существенных недостатков в выполненной работе пациент вправе предъявить требование о безвозмездном устранении недостатков, если докажет, что недостатки возникли до принятия им результата работы или по причинам, возникшим до этого момента.

5. Исполнитель обязан своевременно предоставить пациенту необходимую и достоверную информацию об установленных гарантийных сроках и сроках службы; информацию о правилах и условиях эффективного использования результата комплексного стоматологического лечения, а именно – рекомендовать пациенту проведение необходимых мероприятий по уходу за состоянием полости рта и за протезами:

- a. периодичность профилактических осмотров;
- b. периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта;
- c. правила ухода за протезами.

Исполнитель не отвечает за недостатки, обнаруженные в течение гарантийного срока, если докажет, что они возникли после принятия работы пациентом вследствие нарушения им правил использования результата работы.

6. Лечение стоматологических заболеваний, не указанных в Приложениях к настоящему Положению, относится к медицинским услугам и не имеет установленных гарантийных сроков и сроков службы, так как при оказании услуги отсутствует результат в овеществленной форме. К гарантиям, предоставляемым в процессе оказания услуги, относятся:

- a. Соблюдение асептики и антисептики;
- b. Безопасность используемых препаратов, материалов и инструментария;
- c. Требуемый уровень образования и квалификации работников;
- d. Соблюдение порядка и объема оказания услуг стандартам, действующим на территории РФ;
- e. Оказание услуг на основе добровольного информированного согласия пациента.

7. Установленные сроки гарантии и службы при оказании стоматологических услуг:

Номер п/п	Наименование услуг	Срок гарантии	Срок службы
	*Ортопедическая стоматология		
1	Временные ортопедические конструкции		
1.1.	Временная коронка, изготовленная в полости рта прямым методом	1 неделя	2 недели
1.2.	Временная коронка, изготовленная лабораторным методом	2 недели	1 месяц
1.3.	Временный съемный протез	1 месяц	2 месяца
2.	Несъемные ортопедические конструкции	1 год	2 года
3.	Съемные ортопедические конструкции	6 месяцев	1 год
	**Терапевтическая стоматология		
1.	Восстановление твердых тканей зуба временной пломбой	3 дня	7 дней
2.	Восстановление твердых тканей зуба постоянной пломбой		
2.1.	Пломба из химического композита I,II,III,IV и V классы по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
2.2.	Пломбы из глассиономерного цемента I,II,III,IV и V классы по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
2.3.	Пломба из композита светового отверждения I, III,IV и V классы по Блэку	1 год	2 года
2.4.	Пломба из композита светового отверждения II класс по Блэку	9 месяцев	1,5 года

***Примечание: При выполнении ортопедических стоматологических услуг:**

- В случае неудовлетворительной гигиены полости рта сроки гарантии и службы на все виды протезирования снижаются на 50%;

- При нарушении графика профилактических осмотров, назначаемых врачом, гарантии аннулируются.

****Примечание: При выполнении терапевтических стоматологических услуг:**

- При КПУ зубов =13-18 сроки гарантии и службы на все виды пломб снижаются на 30%;

- При КПУ зубов >18 сроки гарантии и службы на все виды пломб снижаются на 50%;

- При неудовлетворительной гигиене полости рта, сроки гарантии и службы на все виды пломб снижаются на 70%.

приложение №8

к приказу № _____

от « ____ » _____ 2018 года

СОГЛАСИЕ

законного представителя несовершеннолетнего ребенка

г. Дмитров

« ____ » _____ 2018 г.

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

проживающий(ая) по адресу: _____,

паспорт _____ выдан _____,

являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка

_____,

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

проживающего(ей) по адресу: _____,

(указать свидетельство о рождении/паспортные данные несовершеннолетнего, кем, когда выданы)

даю свое согласие на осуществление моим несовершеннолетним ребенком

(фамилия, имя, ребенка полностью)

мелкой бытовой сделки по внесению денежных средств за оказанные в ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника» платные медицинские стоматологические услуги в соответствии с Договором на оказание платных стоматологических услуг от _____ № _____, с планом лечения, выставленным счетом за оказанные медицинские услуги.

Мне известно, что имущественную ответственность за действия моего несовершеннолетнего ребенка несут законные представители в рамках гражданского законодательства Российской Федерации.

Настоящее Согласие подписано в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: 1 экз. – Законному представителю, 2 экз. – Исполнителю (ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника»).

Подпись законного представителя _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Настоящее согласие подписано в присутствии:

(должность, фамилия, имя, отчество представителя ГАУЗ МО «Дмитровская городская стоматологическая поликлиника»)