

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения нижеизложенного договора, я, _____ (Ф.И.О.), подтверждаю, что предупрежден о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего мне платную медицинскую услугу) , в том числе назначенного режима лечения , могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, а также о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи по стоматологическому лечению без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам стоматологической помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

/ _____ /
подпись Ф.И.О.

ДОГОВОР**об оказании платных медицинских (стоматологических) услуг**

г. Таганрог, ул. Транспортная, 61

"__" _____ 20__ г.

ООО «АЙКЭН», именуемое в дальнейшем **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»**, в лице директора Таптыгина С.С., действующего на основании Устава, свидетельства о государственной регистрации юридического лица серия 61 № 002080858, ОГРН 1026102582538 от «21» 11. 2002г., выданное Инспекцией Федеральной налоговой службы по г.Таганрогу Ростовской области и в соответствии с лицензией № ЛО-61-01-007110 от «17» 05 2019 г. Выданной Министерством Здравоохранения Ростовской области на осуществление медицинской деятельности с перечнем услуг (Доврачебная помощь по:рентгенологии, сестринскому делу,стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью,ортодонтии,стоматологии детской,стоматологии общей практики,стоматологии ортопедической,стоматологии терапевтической,стоматологии хирургической) с одной стороны, и

(Ф.И.О.) _____,
именуемый в дальнейшем **«ПАЦИЕНТ»**, **«ЗАКАЗЧИК»**, действующий в интересах пациента именуемые далее **«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 имеющий намерение получить либо получающий 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. 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.

2.3. Лечащий врач Исполнителя, назначенный по выбору пациента 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.

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

2.5. 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.

2.6. 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.

2.7. 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 ООО «Айкэн».

3. Права и обязанности Сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями Пациента.

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. 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 назначения лечащего врача; сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режимы гигиены, питания и ухода за ротовой полостью после проведения процедуры, в том числе указанные в Памятке Пациента являться на прием в соответствии с врачебными назначениями, на контрольные и профилактические осмотры.

3.2.2. После предоставления ему информации, указанной в п. 3.1.3, ознакомиться и подписать Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг или отказ от их проведения, Предварительный план лечения и другие Приложения к настоящему договору, Медицинскую карту пациента, ознакомиться с Положением о гарантийных обязательствах и сроках службы при оказании платных медицинских услуг.

3.2.3. Явиться на прием к врачу за 10 мин. до назначенного времени.

3.2.4. Во время наблюдения и лечения не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача Исполнителя.

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения 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. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, в том числе неявке на планируемый прием в течение одного месяца без уважительных причин, Пациент обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив фактически понесенные затраты Исполнителя.

3.2.7. Посещать своего врача Исполнителя 2 раза в год для планового профилактического осмотра.

3.2.8. После завершения оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки выполненных услуг.

3.2.9. Оплатить стоимость оказанных стоматологических услуг в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

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 в другие медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, включая рентгенологические и другие необходимые диагностические мероприятия, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.3. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах, при этом Исполнитель имеет право ограничить или отменить гарантийные обязательства, в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах, в случае неисполнения пациентом раздела 3.2., кроме случаев, когда Пациент надлежаще известит Исполнителя о своем желании обратиться в другое лечебное учреждение с целью устранения недостатков, оказанных Исполнителем медицинских услуг, и обеспечит присутствие врача Исполнителя при первом приеме Пациента в другом лечебном учреждении.

3.3.4. 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.

3.3.5. 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.

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

3.3.7. 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.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о результатах проводимого лечения, своем состоянии здоровья, действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Получить копии своей медицинской документации.

3.4.3. Отказаться от услуг Исполнителя и расторгнуть договор 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 Пациент производит предварительную и окончательную оплату медицинских услуг администратору, который выдает кассовый чек на руки Пациенту в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг, указанных в Плате лечения.

4.2 Стоимость медицинских услуг согласуется с Пациентом при составлении Плана лечения. Перед началом лечения Пациент оплачивает 100% стоимости лечения, указанной в Плате лечения. В процессе лечения могут выявляться непрогнозируемые скрытые патологии, обнаруживаемые после начала лечения и требующие обязательного изменения Плана лечения, в результате чего, по согласованию с Пациентом, избирается новый План лечения, при

этом общая стоимость лечения, с согласия Пациента, может изменяться. Окончательные взаиморасчеты проводятся по фактическому объему оказанных Пациенту услуг.

4.3 При не оплате Пациентом стоимости оказанных медицинских услуг, за каждый день просрочки с момента полного выполнения Исполнителем медицинских услуг, Пациент оплачивает пени в размере 0,5% стоимости неоплаченных медицинских услуг.

4.4. 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.

4.5. 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 неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с настоящим договором. В случаях, неурегулирования возникших вопросов, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

5.5. 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. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, спор между Сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя. В случае неустранения разногласий, споры рассматриваются Врачебной Комиссией Исполнителя с привлечением сторонних специалистов.

6.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

6.3. Пациент, при желании обратиться в другое лечебное учреждение с целью устранения недостатков, оказанных Исполнителем медицинских услуг, обязуется обеспечить присутствие врача Исполнителя при первом приеме Пациента в другом лечебном учреждении.

6.4. При недостижении согласия Сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

7. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем

на овещественные результаты услуг:

7.1. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществленный 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 информационном стенде Исполнителя, или на сайте

<http://www.InfoTaganrog.ru/aiken>.

8.Срок действия договора, изменение и расторжение Договора.

8.1. Настоящий Договор вступает с 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 о вещественных результатов услуг.

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

8.3. 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 3.3.6, 3.4.3., 5.3 настоящего Договора, либо в спорных случаях – через суд согласно действующему законодательству Российской Федерации.

8.4. 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.

9. Реквизиты сторон:

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»: ООО «Айкэн»,
347927, Ростовская область, г. Таганрог,
ул. Транспортная, д. 61
Тел. 8(863-4) 64-05-03
ОГРН 1026102582538
ИНН 6154007470
КПП 615401001
р/с 40702810828050001134
к/с 30101810703490000758
Филиал №2351 Банка ВТБ (ПАО) г. Краснодар
БИК 040349758

Директор _____ **Таптыгин С.С.**
(Подпись, расшифровка)

ПАЦИЕНТ, ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ: _____

паспорт серии _____ № _____

выдан _____

« _____ » _____ 200 _____ г.

Моб. тел.: _____

**ПАЦИЕНТ, ЗАКОННЫЙ
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:** _____
(подпись, ФИО пациента)

Заказчик:

Фамилия, имя, отчество, место жительства (регистрация), телефон.

Подпись

расшифровка подписи: фамилия, имя, отчество

Приложение №2
к приказу № 15/1

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информиро-
ванное 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, которое оформляется в виде докумен-
та на бумажном носителе по форме предусмотренной приложением №2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от
20.12.2012г. №1177н подписывается гражданином, одним из родителей, или иным законным представителем лица
, указанным в п.3 настоящего Порядка, либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином или
законным представителем лица, указанным в п.3 настоящего Порядка с использованием усиленной квалифицированной
электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации аутен-
тификации (далее-ЕСИА), а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной
подписи, которое действительно в течение срока оказания первичной медико-санитарной помощи в медицинской организа-
ции ООО «Айкэн».

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 осложне-
ний, 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 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

(Ф.И.О. контактный телефон)

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20__ г.

Медицинские вмешательства, включенные в Перечень:

1. *Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
2. *Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая 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, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (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, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. *Лечебная физкультура.

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

Об изменениях вышеуказанной информации сразу же сообщайте лечащему врачу!

Приложение №3
к приказу №15/1

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____ проживающий
(ая) 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 «Московская областная 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 проведенном 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 «МОСП» и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных 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:

Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

15. 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 «МОСП» 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.

«__» _____ /_____/ *ФИО разборчиво* *подпись*

Приложение №4

к приказу №15/1

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 терапевтического вмешательства (лечение кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зуба).
6. Добровольное информированное согласие на проведение эндодонтического лечения зубов.
7. Добровольное информированное согласие пациента на стоматологическое хирургическое вмешательство (удаление).
8. Добровольное информированное согласие на дентальную имплантацию (имплантацию зубов).
9. Добровольное информированное согласие пациента на инъекционное введение фибриновой массы и плазмы пациента 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.

Приложение №5
к договору №

План лечения

(этапы, сроки оказания и стоимость услуг)

№	Наименование медицинских услуг	Кол-во	Цена	Сумма	Дата	Подпись пациента
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути, условиях и сроках выполнения вышеуказанных медицинских услуг, альтернативных планах лечения и связанных с ними преимуществах и недостатках, получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Подписанием настоящего документа я удостоверяю, что вышеперечисленные услуги выполнены в

соответствии с условиями настоящего договора, полностью и в указанную дату. Я подтверждаю, что претензий по объему, качеству, результату и срокам оказания услуг не имею.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись пациента) (ФИО полностью)
Врач: _____ / _____ /
(подпись врача) (ФИО)

Приложение №6
к договору №

**АКТ (СМЕТА)
об оказании медицинских услуг**

г. Таганрог

«__» _____ 20__ г.

ООО «Айкэн», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Таптыгина С.С., действующего на основании Устава, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО 61-01-007110 от «17 мая 2019г., действующей бессрочно и выданной Министерством здравоохранения Ростовской области, с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, приняли настоящую смету о нижеследующем:
1. В соответствии с условиями договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 20__ г. лечащим врачом: _____ оказаны услуги, включающие (описать оказанные услуги, исход с указанием сумм в руб.) :

№	Дата	Описание услуг	Сумма	Претензий не имею (подпись пациента)

- 2. Указанные в п.1 настоящего акта (сметы) услуги, согласно договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 20__ г., оказаны Пациенту в полном объеме.
- 3. Замечаний к услугам и представленным Исполнителем материалам и лекарственным средствам не имеется.
- 4. Стоимость оказанных услуг, согласно договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 20__ г., составила _____ (_____) руб.

ПОДПИСИ СТОРОН:

ВРАЧ: _____ / _____ /
М.П. подпись Ф.И.О.

ПАЦИЕНТ: _____ / _____ /
подпись Ф.И.О.

Приложение №7

Утверждаю
Директор ООО «Айкэн»
Таптыгин С.С.
« 01 » октября 2019г.

ПОЛОЖЕНИЕ об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи

ООО «Айкэн»

Настоящее Положение наряду с другими локальными актами ООО «Айкэн» (далее по тексту – Учреждение), а так же договорами на оказание платных медицинских услуг, договорами на добровольное медицинское страхование за счёт средств предприятий, учреждений, организаций, личных средств Пациента, регулирует взаимоотношения, возникающие между Учреждением и Пациентом при оказании медицинской стоматологической помощи.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, законом «О защите прав потребителей», Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. № 27), Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, Приказом Минздрава «О мерах по повышению эффективности оказания ортопедической стоматологической помощи населению».

1.2. Необходимость разработки настоящего Положения обусловлена развитием законодательства о защите прав потребителей, предъявляющем новые требования к процессу оказания услуг в целом и стоматологических услуг в частности. Учреждение, как исполнитель стоматологических (ортопедических) услуг, несёт ответственность в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей» за их качество, в том числе за материалы. Пациент в случае обнаружения в выполненных услугах недостатков, имеет право предъявить требования по устранению недостатков и возмещению убытков. Данные требования могут быть предъявлены Пациентом в течении гарантийного срока, по существенным недостаткам – в течении срока службы.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ ГАРАНТИИ И СРОКА СЛУЖБЫ

2.1. **Гарантийный срок** – это период, в течение которого в случае обнаружения недостатка в выполненной работе, пациент вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков в выполненной работы (оказанной услуги);
- соответствующего уменьшения цены выполненной работы (оказанной услуги);
- безвозмездного изготовления другой вещи из однородного материала такого же качества или повторного выполнения работы. При этом Пациент обязан возвратить ранее изготовленную для него Учреждением вещь;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков выполненной работы (оказанной услуги) своими силами или третьими лицами.

2.2. Гарантийный срок (Приложения № 1 и 2) исчисляется с момента оказания услуги, то есть с момента передачи результата работы Пациенту и подписания акта выполненных работ.

2.3. **Недостаток** – это несоответствие оказанной стоматологической услуги обязательным медицинским требованиям и технологиям, подтверждённое заключением Врачебной комиссии Учреждения, или заключением независимого эксперта, принятого Учреждением.

2.4. **Гарантия качества лечения** – это определенный минимальный временной промежуток клинического благополучия Пациента после лечения, в течение которого не проявляются какие-либо осложнения, и сохраняется (функциональная) целостность изготовленных пломб, протезов, шин, ортодонтических аппаратов и др.

2.5. **Срок службы** товара исчисляется со дня его изготовления и определяется периодом времени, в течение которого товар (услуга) пригоден к использованию.

На протяжении установленных сроков службы (Приложения № 1 и 2) Учреждение несет ответственность за существенные недостатки, возникшие по его вине.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ И ПАЦИЕНТА

- 3.1. В случае возникновения любых замечаний к выполненным работам и услугам пациент должен обратиться в регистратуру Учреждения (по телефону или лично) и, изложив суть замечания, записаться на бесплатный прием к лечащему врачу.
- 3.2. Выполнение гарантийных обязательств производится бесплатно для пациента.
- 3.3. В течение гарантийного срока замечания Пациента рассматриваются по письменному заявлению.
- 3.4. В соответствии с действующим законодательством Учреждение обязано:
 - 3.4.1. в течение установленного гарантийного срока, отвечает за недостатки работы, если не докажет, что они возникли после принятия работы Пациентом вследствие нарушения им правил использования результата работ, действий третьих лиц или непреодолимой силы
 - 3.4.2. в течение установленного срока службы – устранять только существенные недостатки, если Пациент докажет, что недостатки возникли до принятия им результата работы или по причинам, возникшим до этого момента.
- 3.5. В соответствии со ст. 10 Закона «О защите прав потребителей» Учреждение доводит до сведения Пациента указанные сроки службы и сроки гарантии (в виде информации на стенде, либо в виде записи в медицинской амбулаторной карте, либо в договоре).

4. ИСЧИСЛЕНИЕ СРОКА ГАРАНТИИ

- 4.1. Гарантийный срок на работы (услуги) выполненные специалистами Учреждения, устанавливается в соответствии с Приложениями 1 и 2 к настоящему Положению и исчисляется с момента окончательной передачи результата работы Пациенту, т.е. с момента окончания лечения, за исключением п. 4.2. настоящего Положения.
- 4.2. Срок гарантии при установке постоянных протезов исчисляется, независимо от того, пользуется ими в дальнейшем Пациент, или нет. Срок гарантии не возобновляется при коррекции протезов в процессе использования. Срок гарантии прерывается и не возобновляется в случае, если Заказчик в течение гарантийного срока обратился за оказанием стоматологической помощи (лечением, протезированием, коррекцией протезов) в любое другое медицинское учреждение
- 4.3. Стоматологические услуги, не указанные в разделе 8 настоящего Положения, не имеют установленных гарантийных сроков в связи с тем, что их лечение связано с большой степенью риска возникновения осложнений после проведенного лечения. Возникающие в результате лечения этих заболеваний осложнения лечатся в общем порядке, на возмездной основе.
- 4.4. При оказании стоматологической помощи по добровольному медицинскому страхованию, в случае установления страховой компанией гарантийных сроков выше, чем в Учреждении, дефекты, возникшие по истечении гарантийных сроков, установленных Учреждением, устраняются за счет средств страховой компании.

5. СНИЖЕНИЕ ГАРАНТИЙНОГО СРОКА И СРОКА СЛУЖБЫ

- 5.1. Возможные причины уменьшения гарантийного срока и срока службы:
 - 5.1.1. влияние явных и вероятных общих заболеваний потребителя на течение стоматологических проблем (обменные нарушения и системные заболевания);
 - 5.1.2. снижение иммунологической реактивности организма потребителя (пациента), в том числе проявляющееся частыми инфекционными заболеваниями;
 - 5.1.3. прием гормональных, психотропных, наркотических, кислотосодержащих препаратов;
 - 5.1.4. невыполнение рекомендаций врача, направленных на укрепление эмали зубов, нормализацию состояния десен;
 - 5.1.5. самолечение стоматологических заболеваний (применение процедур и прием медикаментов, не назначенных врачом);
 - 5.1.6. при неудовлетворительной гигиене полости рта, т.е. гигиенический индекс «ГИ», определяемый врачом, больше 1,5 – сроки гарантии и службы уменьшаются на 50%;
 - 5.1.7. при показателе КПУ (кариозно-пораженные, пломбированные, удаленные зубы) = 13-18 сроки гарантии и сроки службы снижаются на 30%;
 - 5.1.8. при КПУ более 18 сроки гарантии и сроки службы снижаются на 50%;
 - 5.1.9. нарушение правил пользования и ухода за зубными протезами
- 5.2. другие причины, обоснованные лечащим врачом Пациента.

6. ОТМЕНА ГАРАНТИЙНЫХ СРОКОВ И СРОКОВ СЛУЖБЫ

- 6.1. Гарантии не распространяются на следующие случаи:
 - 6.1.1. Пациент в процессе лечения, или в течении срока гарантии, установленного настоящим Положением обратился за стоматологической (ортопедической) помощью в любое другое медучреждение. Исключение составляют те случаи, когда Пациент вынужден был срочно обратиться за помощью находясь в другом городе при подтверждении данного факта выписками из амбулаторной карты, заключений врачей, рентгенологическими снимками и др;
 - 6.1.2. Пациент в процессе лечения, или в течении срока гарантии, установленного настоящим Положением самостоятельно пытался устранить выявленные недостатки;
 - 6.1.3. Пациент по неважным причинам, не предупредив лечащего врача, пропустил сроки очередной явки на приём к врачу. Исключение составляют те случаи, когда Пациент вынужден был срочно обратиться за помощью находясь в другом городе при подтверждении данного факта выписками из амбулаторной карты, рентгенологическими снимками и др;
 - 6.1.4. Пациент настаивает на нежелательном с точки зрения врача методе лечения, конструкции протеза или применения материала (медикамента). При этом Пациент расписывается в амбулаторной карте о том, что он проинформирован

лечащим врачом, но настаивает на своём методе лечения. С этого момента Исполнитель вправе продолжить оказание Заказчику стоматологических услуг, но ответственности за их качество Исполнитель не несёт, и гарантийный срок на такие услуги Заказчиком не устанавливается;

6.1.5. Пациент не соблюдает рекомендации лечащего врача по проведению необходимых мероприятий по уходу за состоянием полости рта (периодичность профилактических осмотров, проведение гигиенических мероприятий, уход за протезами, постоянное наблюдение за имплантатами и т. д. в соответствии с установленными стандартами);

6.1.6. Если после лечения в период действия гарантий у Пациента возникнут (проявятся) заболевания или физиологические состояния, которые способны негативно повлиять на достигнутые результаты (беременность, возникновение сопутствующих заболеваний или воздействие вредных факторов окружающей среды, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний);

6.1.7. Если скажутся форс-мажорные обстоятельства (авария, удар, стихийные бедствия), способные негативно повлиять на результаты лечения;

6.1.8. Естественный износ матриц замковых съёмных протезов.

6.1.9. Пациент был предупреждён лечащим врачом о других случаях отсутствия у Учреждения возможности установить срок гарантии, но продолжил лечение.

6.2. В случае несоблюдения Пациентом указанных в настоящем разделе требований (при условии информированности о них Пациента), Пациент лишается права ссылаться на недостатки (дефекты) в работе, возникшие в результате несоблюдения указанных требований.

7. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ГАРАНТИИ

7.1. ООО «Айкэн» при оказании медицинских стоматологических услуг гарантирует:

7.1.1. безопасность – обеспечивается строгим соблюдением всех этапов дезинфекции и стерилизации медицинских инструментов и медицинского оборудования (в Учреждении проводится комплекс санитарно-эпидемиологических мероприятий в соответствии с установленными на законодательном уровне Санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами), а также использованием разрешенных к применению Минздравом РФ технологий и материалов, не утративших сроков годности на момент оказания услуги;

7.1.2. предоставление полной, достоверной и доступной по форме информации о состоянии здоровья Пациента с учетом его права и желания получать ее по доброй воле;

7.1.3. составление рекомендуемого (предлагаемого) плана лечения;

7.1.4. оказание видов стоматологических услуг в соответствии с лицензией;

7.1.5. проведение лечения специалистами, имеющими сертификаты, подтверждающие право на осуществление данного вида медицинской деятельности;

7.1.6. тщательное соблюдение технологий лечения, что предполагает профессиональную подготовку врачей, зубных техников и медицинских сестёр;

7.1.7. индивидуальный подбор анестетиков, что позволяет в максимальной степени исключить болевые ощущения, учитывая при этом возраст Пациента, его аллергологический статус, показатели общего здоровья и опыт лечения у стоматологов;

7.1.8. мероприятия по устранению и снижению степени осложнений, которые могут возникнуть в процессе или после оказания услуги;

7.1.9. проведение контрольных осмотров – по показаниям, после сложного лечения или при необходимости упреждения нежелательных последствий;

7.1.10. проведение бесплатных профилактических осмотров с частотой, определяемой врачом;

7.1.11. динамический контроль процесса и результатов оказания медицинской услуги;

7.1.12. достижение показателей качества медицинской услуги и эстетических результатов (с учетом имеющихся в отечественной стоматологии стандартов, пожеланий пациента и объективных обстоятельств, выявленных врачом).

Совокупность указанных обязательных гарантий, обеспеченных ООО «Айкэн», создает предпосылку для качественного оказания стоматологических услуг и устойчивости их результатов.

8. ГАРАНТИЙНЫЕ СРОКИ И СРОКИ СЛУЖБЫ ПО ВИДАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ РАБОТ

8.1. Услуги по терапевтической стоматологии

8.1.1. К услугам по терапевтической стоматологии относятся услуги по лечению заболеваний: кариеса, пульпита и периодонтита зубов (два последних связаны с лечением корневых каналов), услуги косметической стоматологии (восстановление или изменение первоначальной формы и цвета зуба без протезирования, замена/корректировка пломб), услуги по подготовке (лечению) зубов под протезирование.

8.1.2. Признаками завершения лечения являются:

– при лечении кариеса – поставленная постоянная пломба;

– при лечении осложнений кариеса (пульпита и периодонтита) – пломбирование корневых каналов с постановкой постоянной пломбы.

СРОКИ СЛУЖБЫ И ГАРАНТИЙНЫЕ СРОКИ на виды работ при оказании терапевтической помощи (постановка пломб, эстетическая реставрация)

№№	Наименование	Срок гарантии	Срок службы
1.	Пломба из цемента стеклоиономерного,(Vitrimer)		
1.1.	I класс по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
1.2.	II класс по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
1.3.	III класс по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
1.4.	IV класс по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
1.5.	V класс по Блэку	6 месяцев	12 месяцев
2.	Пломба из композита светового отверждения		
2.1.	I, III, IV, V класс по Блэку	12 месяцев	2 года
2.2.	II класс по Блэку	9 месяцев	1,5 года
02.03. 19	Пломба с парапульпарными штифтами	1 месяц	6 месяцев
3.	Виниры	6 месяцев	1,5 года
4.	Вкладки	1 год	2 года
05.10. 19	Временная пломба	3 дня	7 дней

Примечание:

1. Данные сроки рекомендованы для пациентов с единичным кариесом и множественным стабилизированным или при медленно текущем процессе.
При КПУ зубов 13-18 – сроки снижаются на 30%.
При КПУ > 18 – сроки снижаются на 50%.
2. При неудовлетворительной гигиене полости рта – сроки уменьшаются на 70%.
 - 8.2. Услуги по ортопедической стоматологии
 - 8.2.1. К услугам по ортопедической стоматологии относятся услуги по устранению (лечению) дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей с помощью постоянных и (или) временных ортопедических конструкций.
 - 8.2.2. К постоянным ортопедическим конструкциям относятся:
 - металлокерамические и цельнолитые коронки, в т.ч. комбинации этих коронок, а также мостовидные конструкции, виниры;
 - безметалловые коронки (прессованная керамика, композитные коронки, оксид циркония)
 - частичные съемные протезы;
 - полные съемные протезы;
 - бюгельные протезы (с замками, кламмерами, с фиксацией на имплантатах);
 - 8.2.3. К временным ортопедическим конструкциям относятся:
 - временные коронки;
 - временные замещающие протезы.
 - 8.2.4. Гарантийный срок на ортопедические услуги начинает действовать с момента установки постоянных конструкций во рту Пациента, что подтверждается записью в амбулаторной карте и заказ-наряде.
 - 8.2.5. Гарантийные сроки и сроки службы на ортопедические стоматологические услуги помимо случаев, описанных в разделе 3 настоящего Положения не устанавливаются:
 - на установку временных ортопедических конструкций;
 - при наличии подвижности зубов – гарантийный срок устанавливает врач;
 - при наличии сопутствующего заболевания: пародонтит, пародонтоз. Обязательным условием предоставления гарантии является проведение курса профессиональной гигиены 2-4 раза в год. Гарантийный срок устанавливает врач в зависимости от степени тяжести заболевания десен;
 - при желании Пациента выполнить работу по определенной им схеме и (или) при отсутствии четких медицинских показаний к выполнению определенных видов протезирования врач-стоматолог-ортопед имеет право установить гарантийный срок на ортопедическую услугу 1 месяц, предварительно известив об этом Пациента.
 - 8.2.6. Лечащим врачом может быть установлен сокращенный гарантийный срок на ортопедические услуги. Об уменьшении срока гарантии на ортопедические услуги лечащий врач обязательно сообщает Пациенту с записью в амбулаторной карте.
 - 8.2.7. В период срока гарантии и срока службы перебазировка ортопедических конструкций осуществляется на возмездной основе.

8.2.8. Временные ортопедические конструкции обязательно должны быть заменены на постоянные. Если по вине Пациента (по различным причинам) временные конструкции не заменены на постоянные, то дальнейшая ответственность с Учреждения снимается.

8.2.9. До момента сдачи ортопедической конструкции Пациент имеет право требовать переделки/ коррекции работы по причинам:

- неверно выполнен цвет, размер или форма зуба в ортопедической конструкции;
- выполненная конструкция не соответствует конструкции, определенной в плане протезирования (плане лечения).

8.2.10. Указанные ниже сроки гарантии и сроки службы не распространяются на матрицы замковых креплений.

8.2.11. При неудовлетворительной гигиене полости рта сроки гарантии и службы на все виды протезирования уменьшаются на 50%;

8.2.12. При нарушении графиков профилактических осмотров, предусмотренных планом лечения, гарантийный срок прекращается и не возобновляется.

СРОКИ СЛУЖБЫ И ГАРАНТИЙНЫЕ СРОКИ на виды работ при оказании ортопедической помощи

№.№	Наименование	Срок гарантии	Срок службы
1.	Пластмассовые протезы		
1.1.	Частичные съёмные пластиночные протезы	12 месяцев	2 года
1.2.	Полные съёмные пластиночные протезы	12 месяцев	2 года
2.	Нейлоновые протезы		
2.1.	Частичные съёмные нейлоновые протезы	6 месяцев	1 год
2.2.	Полные съёмные нейлоновые протезы	6 месяцев	1 год
3.	Мостовидные протезы		
3.1.	из металлокерамики	12 месяца	2 года
3.2.	из недорогоценного металла	12 месяцев	2 года
4.	Бюгельное протезирование	12 месяца	2 года
5	Коронки:		
5.1.	из пластмассы	6 месяцев	1 год
5.2.	из металлокерамики	12 месяцев	2 года
5.3.	из недорогоценного металла	12 месяцев	2 года
6.	Напыление	6 месяцев	1 год
7.	Починка протезов	1 месяц	1 месяц
8.	Протезирование на имплантах	12 месяцев	2 года
9.	Временные коронки изготовленные прямым методом	1 неделя	2 недели
10.	Временные коронки (лабораторные)	2 недели	1 месяц

9. МЕТОДИКА КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЮЮ УСТАНОВЛЕНИЯ СРОКОВ ГАРАНТИИ И СРОКОВ СЛУЖБЫ

9.1. Терапевтическая стоматология:

9.1.1. Клиническая оценка состояния пломбы проводится на основе изучения следующих критериев:

- анатомическая форма пломбы (сохранение первоначальной формы зуба), восстановленной врачом в результате пломбирования;
- краевое прилегание определяется с помощью зондирования: пломба плотно прилегает к твердым тканям зуба, зонд не задерживается, видимой щели нет;
- изменение цвета по наружному краю пломбы (в норме – отсутствует);
- рецидив кариеса по наружному краю пломбы (в норме – отсутствует);
- окклюзионные контакты в области запломбированного зуба (соответствует норме или нарушены)
- выпадение пломбы,

9.1.2. Изменение данных критериев относится к категории недостатков, которые должны быть безвозмездно устранены изготовителем в течение действующего гарантийного срока, установленного для данного вида пломбы.

9.2. Ортопедическая стоматология

9.2.1. Недостатки, которые должны быть безвозмездно устранены Учреждением в течение действующего гарантийного срока:

- при изготовлении вкладок и виниров – изменение анатомической формы, краевого прилегания, изменение цвета, рецидив кариеса по краю вкладки;
- отлом кламмера в пластмассовом протезе;
- перелом кламмеров дуги в бюгельном протезе;
- перелом литья в мостовидном протезе;
- отлом петли в фасетках от тела полного мостовидного протеза;
- перелом в пластиночном пластмассовом протезе по армированной сетке.
- при изготовлении вкладок и виниров: выпадение, подвижность вкладок, отлом части коронки зуба;
- нарушение целостности коронки мостовидного протеза, в т.ч. откол облицовки;
- перелом протезов;
- расцементировка несъемных конструкций протезов;

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

10.1. Настоящее Положение действует в течение всего периода времени, пока не будут приняты соответствующие нормативные акты на федеральном или областном уровне, регулирующие взаимоотношения пациентов и учреждений, оказывающих стоматологические услуги.

Приложение №8

к приказу №

СОГЛАСИЕ

законного представителя несовершеннолетнего ребенка

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 ООО «Айкэн» платные медицинские стоматологические услуги в соответствии с Договором 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 ООО «Айкэн».

Подпись законного представителя _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата “ _____ ” _____ 20__ г.

Настоящее согласие подписано в присутствии:

(должность, фамилия, имя, отчество представителя ООО «Айкэн»).