

Договор на оказание платных медицинских услуг (заключаемый с гражданами)

г. Калининград

02.03.2026

Медицинская организация Общество с ограниченной ответственностью «Доктор Дент», свидетельство о государственной регистрации № 1203900015065 от 27.11.2020, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по Калининградской области, имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № Л041-01157-39/00345032 от «24» декабря 2021 г., именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Тричева Юрия Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(-ка)

именуемый(-ая) в дальнейшем «Потребитель», в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему Договору, и гражданин(-ка), именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик» (Законный представитель) в случае заключения Договора в интересах третьего лица (Потребителя), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (Заказчика/Законного представителя), обязуется оказывать Потребителю медицинские услуги по перечню и в сроки, установленные в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора), а также в соответствии с лицензией № Л041-01157-39/00345032 от «24» декабря 2021 г. с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации, а Потребитель, либо Заказчик (Законный представитель), обязуется оплатить медицинские услуги в соответствии с прейскурантом, утвержденным Исполнителем, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.

Стороны пришли к соглашению, что при каждом последующем после заключения настоящего Договора обращении Потребителя к Исполнителю, стороны будут руководствоваться условиями настоящего Договора. При каждом обращении Сторонами будет оформляться Смета на оказание платных медицинских услуг (по форме, указанной в Приложении № 1 с указанием даты ее оформления), в которой будет указываться перечень платных медицинских услуг и сроки их оказания.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем применяются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации. Оказание платных медицинских услуг осуществляется Исполнителем на основе клинических рекомендаций.

1.3. Платные услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика/Законного представителя).

1.4. Оказание медицинских услуг осуществляется специалистами, указанными в Приложении № 1 к настоящему Договору. Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Потребителя (Заказчика/Законного представителя).

1.5. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик/Законный представитель) подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.6. Условия настоящего Договора, факт обращения Потребителя (Заказчика/Законного представителя) к Исполнителю, а также информация о состоянии здоровья Заказчика относятся к конфиденциальной информации (в т.ч. врачебной тайне).

1.7. Исполнитель оказывает Стоматологические Услуги по месту своего нахождения по адресу: РФ, 236023, г. Калининград, ул. Осенняя, дом 6А.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Потребитель (Заказчик/Законный представитель) оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения Договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в Договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Вид, перечень, объем и стоимость стоматологических услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется в Смете на оказание платных медицинских услуг (Приложение №1 к Договору), являющейся неотъемлемой частью Договора, в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем.

2.3. Оплата медицинских (-ой) услуг(и) осуществляется Потребителем (Заказчиком/Законным представителем) после каждой отдельно оказанной услуги в день ее оказания, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, с использованием платежных банковских карт или безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю (Заказчику/Законному представителю) выдается документ подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек)

2.4. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.5. В течение действия настоящего Договора Исполнитель имеет оставяет за собой право вносить изменения цены, указанные в Прейскуранте, что может привести к изменению стоимости оказываемых Потребителю услуг. Изменение стоимости услуг согласовывается сторонами в дополнительном соглашении к Договору, путем внесения изменений в Смету на оказание платных медицинских услуг (Приложение №1 к Договору). При изменении цен в Прейскуранте в процессе лечения подлежит изменению только стоимость последующих медицинских услуг. Стоимость всех ранее оплаченных услуг изменению не подлежит.

2.6. При лечении и удалении зубов, при проведении хирургических операций, операций по имплантации, расчет производится в конце каждого посещения, при этом Потребитель (Заказчик/Законный представитель)

выплачивает исполнителю сумму, эквивалентную проведенным в данное посещение манипуляциям, оказанным услугам.

2.7. При планировании ортопедического лечения изначально рассчитывается общая сумма. 50 (пятьдесят)% от общей суммы должно быть внесено до начала ортопедического лечения. Оставшаяся сумма выплачивается не позднее дня установки ортопедической конструкции.

2.8. После оказания Исполнителем медицинских услуг, перечень и объем которых определен в Смете (Приложение №1 к Договору), Сторонами подписывается Акт сдачи-приемки оказанных медицинских услуг (Приложение №2 к настоящему договору/ Приложение №3 к настоящему договору в случае оказания услуг несовершеннолетнему Потребителю), включающий факт оказания, объем и перечень платных медицинских услуг по результатам каждого посещения, и являющийся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.9. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления сторон, объем оказанных Потребителю услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом с Потребителя (Заказчика/Законного представителя) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем (Заказчиком/Законным представителем) по настоящему Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы.

3.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием. Предварительная запись Потребителя на прием осуществляется лично через регистратуру Исполнителя или по телефону +7(4012) 27-91-67. При наличии возможности, услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи и/или вне установленной очереди. Срок ожидания записи на платную медицинскую услугу составляет от 1 до 30 дней.

3.3. Медицинские услуги оказываются в сроки, согласованные сторонами в Приложениях к настоящему Договору

3.4. Сроки предоставления конкретных услуг, проведения лечения, конкретизируются по соглашению с Потребителем (Заказчиком/Законным представителем), исходя из общего соматического статуса Потребителя, в соответствии со сроками, указанными в клинических рекомендациях (протоколах ведения), его психоэмоционального состояния, наличия у него и врача свободного времени, с учетом графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, остроты клинической ситуации, наличия возможности и необходимого медицинского оборудования.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя

Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить Потребителю (Заказчику/Законному представителю) оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями. Обеспечить соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4.1.2. Провести клинический осмотр, диагностическое обследование, и на основании установленного диагноза наметить план лечения, ознакомить Потребителя (Заказчика/Законного представителя) под подпись.

4.1.3. Оказать Потребителю качественную, квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с медицинскими показаниями.

4.1.4. Предоставить Потребителю (Заказчику/Законному представителю) в доступной форме полную информацию о состоянии его здоровья, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.5. Предоставить Потребителю (Заказчику/Законному представителю) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.1.6. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Потребителю (Заказчику/Законному представителю) документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

4.1.7. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг, требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика/Законного представителя).

4.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.1.9. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.10. По окончании оказания медицинских(-ой) услуг(и) оформить и предоставить Потребителю (Заказчику/Законному представителю) для подписания Акт сдачи-приемки оказанных медицинских услуг (по форме согласно Приложению № 2 к настоящему договору / Приложению №3 к настоящему договору в случае

оказания услуг несовершеннолетнему Потребителю). В случае, если по каким-либо причинам Акт не был представлен непосредственно после оказания услуг, Исполнитель вправе направить Акт Заказчику почтовым отправлением.

4.1.11. Исполнитель гарантирует качество выполненной работы / оказанной услуги в течение срока гарантии, при условии выполнения Потребителем (Заказчиком/Законным представителем) условий настоящего Договора.

Права Исполнителя:

При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

4.1.12. Для оказания стоматологических услуг Исполнитель вправе привлекать другие организации и специалистов, в т.ч. с согласия Потребителя (Заказчика/Законного представителя) направить Потребителя в другое медицинское учреждение.

4.1.13. Исполнитель имеет право самостоятельно определять график консультаций и процедур, график работы врачей. Внесение изменений в график работы врачей не является ненадлежащим выполнением условий заключенного сторонами Договора.

4.1.14. Исполнитель, с согласия Потребителя (Заказчика/Законного представителя), вправе допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения. Изменение утвержденного плана лечения отразить в медицинской карте.

4.1.15. Отказать в медицинской услуге Потребителю (Заказчику/Законному представителю) в том случае, если требование со стороны Потребителя (Заказчика/Законного представителя) методов лечения не применимо по клиническим, анатомическим или физиологическим условиям, не входят в рамки технологических возможностей или обеспечения клиники, а также не может быть применимо в амбулаторных условиях или не одобрены Минздравом РФ.

4.1.16. Отказать в обслуживании Потребителю, имеющему признаки алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящемуся в состоянии здоровья, недопустимого для проведения стоматологического лечения.

4.1.17. Осуществлять фото- и видеосъемку Потребителя в лечебных и диагностических целях (для контроля безопасности приема). Заклучая Договор, Потребитель (Заказчик/Законный представитель) дает свое согласие на возможное использование Исполнителем его персональных данных, полученных при обследовании и лечении, в том числе слайдов, фотографий, моделей и т.д., для изучения другими врачами: для лечебных, учебных, научных целей, в публикациях, на стоматологических обществах и т.д., не указывая фамилии, имени, отчества Потребителя и не фиксируя на фотографии его лица.

4.2. Права и обязанности Потребителя

Потребитель обязан:

4.2.1. Ознакомиться с Правилами получения медицинской помощи и поведения Пациентов в стоматологической клинике ООО «Доктор Дент» и соблюдать их. Данные правила находятся на информационных стендах Медицинской организации Исполнителя.

4.2.2. Соблюдать назначенный режим лечения.

4.2.3. Выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовки в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

4.2.4. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг и отразить эти данные в Анкете о состоянии здоровья (Приложение № 4 к настоящему Договору). В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Потребитель (Заказчик/Законный представитель).

4.2.5. При оформлении первичной медицинской документации предоставить Исполнителю данные предварительных исследований, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии).

4.2.6. Предоставлять Исполнителю только достоверную информацию о состоянии своего здоровья.

4.2.7. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей предоставляемых(-ой) медицинских(-ой) услуг(и) и условиями их(ее) предоставления, включая информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, то есть в соответствии с установленной формой подтвердить свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства.

4.2.8. Подписать представленный Акт сдачи-приемки оказанных медицинских услуг (по форме согласно Приложению № 2 к настоящему договору / Приложению №3 к настоящему договору в случае получения услуг несовершеннолетним Потребителем). В случае несогласия с Актом, наличия претензий к качеству оказанных медицинских услуг и срокам их оказания, в течение пяти календарных дней предоставить Исполнителю мотивированные письменные возражения относительно подписания Акта. В случае, если Потребитель (Заказчик/Законный представитель) получил Акт, однако не подписал его и не предоставил письменных мотивированных возражений относительно подписания Акта в течение пяти календарных дней с момента его получения, услуги считаются принятыми Потребителем (Заказчиком/Законным представителем) в полном объеме.

4.2.9. В случае изменения персональных данных, указанных в реквизитах настоящего Договора, своевременно сообщать новые данные Исполнителю путем внесения изменений в настоящий Договор, предварительно предупредив о таких изменениях.

Потребитель имеет право:

4.2.10. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим Законодательством РФ.

4.2.11. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

4.2.12. На выбор врача, оказывающие необходимые медицинские услуги, при наличии возможности врача принять Потребителя.

4.2.13. На предоставление информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

4.2.14. На предоставление информации о лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к их применению.

4.2.15. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, посредством предоставления письменного отказа от лечения. В данном случае Исполнитель не несет ответственности за последствия незавершенного лечения.

4.2.16. Отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

4.2.17. После исполнения Договора Потребитель (Заказчик/Законный представитель) имеет право получить медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя. Основанием для ознакомления Потребителя (Заказчика/Законного потребителя) с медицинской документацией является поступление от Потребителя (Заказчика/Законного потребителя) письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ГАРАНТИИ

5.1. За нарушение прав Потребителя Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. За причинение вреда здоровью Потребителя по вине врача, Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. В случае оказания Потребителю медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами соответствующей экспертизы, проведенной в установленном законодательством порядке, Потребитель (Заказчик/Законный представитель) имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить оказание услуги);

- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.4. Потребитель (Заказчик/Законный представитель) несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя (Заказчика/Законного представителя). В этом случае Потребитель (Заказчик/Законный представитель) также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.5. В случае сокрытия от Исполнителя данной информации, а также сообщение недостоверной информации о своем здоровье, ответственность за свое здоровье и дальнейшие последствия, вызванные сокрытием информации (сообщением недостоверных сведений), приведшие к ухудшению здоровья Потребителя, недостижению результата лечения и иным неблагоприятным последствиям, несет Потребитель (Заказчик/Законный представитель).

5.6. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Потребитель (Заказчик/Законный представитель) обязан возместить причиненные убытки.

5.7. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Потребитель (Заказчик/Законный представитель) обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.8. Обязательным условием предоставления гарантии является соблюдение Потребителем рекомендованного согласованного плана лечения, соблюдение правил эксплуатации изделий, полученных в результате оказания услуг, соблюдения сроков лечения. Соблюдение иных условий оказания стоматологических услуг, установленных настоящим Договором.

5.9. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства/лечения, возникшие вследствие биологических особенностей организма, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.10. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем (Заказчиком/Законным представителем) в случае:

- прекращения лечения по инициативе Потребителя (Заказчика/Законного представителя);
- предоставлением Потребителем (Заказчиком/Законным представителем) недостоверной информации об общем состоянии здоровья;
- осложнений, возникших по причине неявики Потребителя в указанный срок;
- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению (исправление работы) в другом лечебном учреждении;
- обращения Потребителя, в процессе прохождения обследования и лечения по данному заболеванию, к специалистам сторонних медицинских организаций и осложнений, наступивших в результате их действий.

5.11. При предоставлении медицинских стоматологических услуг Исполнителем устанавливается гарантийный срок 1 год на все виды работ, за исключением работ, на которые устанавливаются только персонифицированные прогнозы успешности лечения.

5.12. Сроки гарантии на конкретную Стоматологическую Услугу и условия прекращения гарантии установлены Положением «О порядке предоставления гарантий на стоматологические услуги». С данным Положением можно ознакомиться на информационных стендах медицинской организации Исполнителя.

5.13. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

5.14. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. При необходимости изменения в Договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2. В случае отказа Потребителя (Заказчика/Законного представителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг, должен быть составлен Потребителем (Заказчиком/Законным представителем) в письменном виде.

6.3. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика/Законного представителя) о расторжении Договора по инициативе Потребителя (Заказчика/Законного представителя), при этом Потребитель (Заказчик/Законный представитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик/Законный представитель) подтверждает, что ему было разъяснено право на безвозмездное получение медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Потребителем. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик/Законный представитель) подтверждает свое согласие на отказ от получения на безвозмездной основе медицинской услуги в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.2. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик/Законный представитель) подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

7.3. Потребитель (Заказчик/Законный представитель) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора, Исполнитель довел до его сведения информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщил почтовый адрес или адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).

7.4. Потребитель (Заказчик/Законный представитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.5. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и Потребителем (Заказчиком/Законным представителем), по вопросам качества обследования и лечения, спор между Сторонами рассматривается главным врачом Исполнителя, а при необходимости – экспертной комиссией из числа ведущих специалистов Исполнителя. В случае, если Сторонами не будет достигнуто согласие – спор рассматривается в порядке, установленном действующим законодательством.

7.6. Подписанием настоящего Договора Потребитель (Заказчик/Законный представитель) подтверждает, что ознакомлен с «Правилами получения медицинской помощи и поведения Пациентов в стоматологической клинике «Доктор Дент», утвержденными Исполнителем, Рекомендациями, Положением «О порядке предоставления гарантий на стоматологические услуги», и Прейскурантом Исполнителя до заключения настоящего Договора.

7.7. Подписанием настоящего Договора Потребитель (Заказчик/Законный представитель) дает свое согласие на получение СМС-сообщений с информацией Исполнителя. Потребитель (Заказчик/Законный представитель) имеет право в любой момент отказаться от получения указанных СМС-сообщений, вручив Исполнителю письменное заявление об отказе от рассылки ему СМС-сообщений.

7.8. Потребитель (Заказчик/Законный представитель) осведомлен и согласен с тем, что в клинике Исполнителя установлены системы видеонаблюдения, видео- и аудиозаписи, направленные на обеспечение мер по усилению антитеррористической и пожарной безопасности клиники, направленные на обеспечение сохранности материальных ценностей, дорогостоящего оборудования, а также осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

7.9. Предоставление Потребителю (Заказчику/Законному представителю) копий медицинских документов и выписка из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 дней с момент подачи заявления Потребителем (Заказчиком/Законным представителем).

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

7.11. Договор составлен в 2-х/3-х экземплярах (в случае заключения Договора Исполнителя с Заказчиком в интересах третьего лица Потребителя), имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

7.12. Текст настоящего Договора и Приложения к нему напечатаны 10 шрифтом, которые подлежат увеличению по запросу Потребителя (Заказчика/Законного представителя) в экземпляре, выдаваемом ему на руки.

7.13. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

До заключения Договора ООО «Доктор Дент» в письменной форме уведомляет Потребителя (Заказчика/Законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Уведомлен лично, вопросов не имею _____

(Ф.И.О. и подпись Потребителя (Заказчика/Законного представителя), дата)

Исполнитель:

Медицинская организация Общество с
ограниченной ответственностью «Доктор
Дент»

Адрес места нахождения:

236023, гор. Калининград, ул. Осенняя,
дом 6А

Лицензия на медицинскую деятельность

№ Л041-01157-39/00345032 от «24»

декабря 2021 г.

выдана Министерством здравоохранения

Калининградской области (юридический

адрес – г. Калининград, ул. Дмитрия

Донского, 1, место нахождения – г.

Калининград, Московский проспект 95,

каб. 326, 327, тел. (4012) 46-53-10)

Главный врач

Тричев Ю.А.

Подпись _____

М.П.

Заказчик/Законный представитель:

Паспорт:

Адрес места жительства:

Телефон:

Email:

Подпись _____

Потребитель:

xxx

Паспорт:

Адрес места жительства:

Телефон:

Email:

Подпись _____

Настоящий договор распечатан и выдан мне в 10 шрифте, что является достаточным для моего прочтения

_____ / _____

Уважаемый(ая) XXX !

На процесс лечения у стоматолога могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету.

Мы гарантируем, что сведения указанные Вами в анкете будут использованы только для подбора лечения с учетом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

АНКЕТА

(заполняется пациентом)

О своем состоянии здоровья сообщаю следующее:
Последнее посещение врача-стоматолога.

_____ (указать месяц и год)

	ДА	НЕТ
1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) _____	☐	☐
Симптомы _____		
Чем купируется приступ _____		
2. Группа крови _____ Резус-фактор _____		
3. Страдаете ли Вы заболеваниями:		
- сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка) _____	☐	☐
- почек _____	☐	☐
- желудочно - кишечного тракта _____	☐	☐
- легких (бронхиальная астма) _____	☐	☐
4. Страдаете ли Вы:		
- повышенным артериальным давлением _____	☐	☐
- пониженным артериальным давлением _____	☐	☐
5. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружения _____	☐	☐
6. Длительные кровотечения после порезов _____	☐	☐
7. Диабет _____	☐	☐
8. Беременность _____	☐	☐
9. Принимаемые лекарства (указать) _____	☐	☐
10. Были ли у Вас травмы головы (указать) _____	☐	☐
11. Перенесенный гепатит _____	☐	☐
12. Спид, венерические заболевания _____	☐	☐
13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес _____	☐	☐
14. Бруксизм (ночное скрежетание зубами) _____	☐	☐
15. Заболевания гайморовых пазух _____	☐	☐
16. Употребляете ли Вы наркотики _____	☐	☐
17. Курите ли вы _____	☐	☐
18. _____		
19. _____		

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

02.03.2026

Подпись / /
(фамилия, инициалы)

ООО "Доктор Дент"
236023, г. Калининград, ул. Осенняя,
дом 6А
ОГРН: 1203900015065

Код организации по ОКПО: 32754516
Медицинская документация учетная
форма № 043/у
Утверждена приказом Минздрава
России от 15 декабря 2014 г. №834н

Медицинская карта стоматологического пациента

№ 22063

Дата заполнения: **02.03.2026**

1. Фамилия Имя Отчество:

XXX

Пол:

Дата рождения: **01.01.1981**

2. Адрес регистрации:

3. Фактический адрес места жительства: _____

4. Телефон:

5. Электронная почта:

6. Документ, удостоверяющий личность: _____

7. Страховая организация: _____

8. Полис: ОМС: _____

ДМС: _____

9. Код категории льготы: _____

10. К кому обращаться в случае необходимости:

Ф.И.О.: _____

Телефон: _____

11. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств включенные в Перечень
определенных видов медицинских вмешательств:

Получено (да, нет): _____

02.03.2026