

Договор № _____ на оказание платных стоматологических услуг

г.Казань _____ г.
Общество с ограниченной ответственностью «Смайл-клиник», в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице директора Хусаиновой Гузель Рафисовны, действующей на основании Устава (Лицензия № ЛО-16-01-004678 от 26 ноября 2015 г. выдана Министерством Здравоохранения Республики Татарстан адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа 420012, РТ. г. Казань, ул. Булгурова. 16. тел +7 (843) 236-65-72), в соответствии с перечнем выполняемых работ, оказываемых услуг - Приложение №1 к настоящему Договору, с одной стороны и Гражданин (ка) _____ именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012г №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется оказывать Заказчику платные стоматологические услуги в объеме и в сроки, установленные настоящим Договором и приложениями к нему, а Заказчик обязуется оплачивать услуги в размере и в порядке, установленных настоящим Договором и обеспечивать выполнение требований, предъявляемых Исполнителем, в целях качественного оказания предусмотренных настоящим Договором услуг. Услуги, подлежащие оказанию согласно настоящего Договора, определяются Сторонами в Счете-Приложение №2 к настоящему Договору

1.2- Перечень и стоимость платных стоматологических услуг определены в Прейскуранте Заказчик оплачивает стоимость оказанных, либо подлежащих оказанию услуг согласно Прейскуранту действующему на момент оказания таких услуг.

1.3- По настоящему Договору Заказчик является непосредственным потребителем платной медицинской услуги/услуг (Пациентом)

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Заказчику полную и достоверную информацию в устной форме

- * о состоянии полости рта в рамках специализации врача;
- * о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах материалах и их эффективности;
- * о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе проведения стоматологической услуги и после нее
- * о назначениях/ и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги.

2.1.2. Информировать Заказчика о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методик. Ознакомить Заказчика с Положением о гарантиях. Исполнитель обязуется исправить за свой счет недостатки возникшие по его вине в течении установленного гарантийного срока

2.1.3. Обеспечить качество стоматологической услуги, с предоставлением сервисного обслуживания, с использованием современных технологий, оборудования и материалов

2.1.4. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых стоматологических услуг Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Заказчиком и лечащим врачом, является неотъемлемой частью медицинской карты

2.1.5 Информировать Заказчика о стоимости услуги до ее оказания

2.1.6. По факту оказанной услуги предоставлять Заказчику документ подтверждающий оплату им оказанной услуги, установленного образца

2.2. Исполнитель имеет право

2.2.1 Требовать от Заказчика надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору

2.2.2. Самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим исполнением условия настоящего договора

2.2.3 Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Заказчика и занятости специалиста Исполнителя непосредственно осуществляющего лечение

2.2.4. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Заказчика для консультации к другим специалистам Замена производится с согласия Заказчика

2.2.5 В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения метода анестезиологического пособия подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления

2.2.6 Отказаться в продолжение оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Заказчика условий настоящего договора. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя. Обязательна фиксация отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Заказчика острого стоматологического состояния.

2.2.7 В случае отсутствия (по объективной причине) лечащего врача-стоматолога в запланированный день приема и невозможности предупредить об этом Заказчика заранее, Исполнителя вправе назначить с согласия Заказчика для него другого лечащего врача, либо перенести прием на другое удобное для Заказчика время

2.2.8 Амбулаторная карта стоматологического пациента Заказчика является медицинским документом и хранится у Исполнителя 5 лет Заказчик на основании письменного заявления вправе получить выписку из медицинской карты, а также копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных стоматологических услуг Срок рассмотрения письменного заявления Заказчика 10 дней

2.3 Заказчик обязан

2.3.1 Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья и обновлять ее каждые полгода в анкете о здоровье Заказчик обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесённых ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсия и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИДе), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врождённых или приобретённых пороках сердца сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.

2.3.2 Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

2.3.3 Удостоверить личной подписью: информированные добровольные согласия, предложенный план лечения, медицинские вкладыши с назначениями и рекомендациями

2.3.4 Являться на консультацию, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя и лечащего врача или администратора не позднее чем за одни сутки до начала консультации процедуры, осмотра в часы работы Исполнителя.

2.3.5 Оплатить стоимость оказанных услуг, согласно Счету выданному Исполнителем, согласно Прейскуранту стоимости услуг действующему на момент оказания таких услуг

2.3.6 Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя.

2.3.7 Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

2.3.8. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и зубных протезов, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю не прибегая к помощи других лечебных учреждений В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание

2.3.9 По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации врача по соблюдению правил гигиены и ухода за полостью рта

2.4 Заказчик имеет право

2.4.1. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья

2.4.2. Получить максимально полную информацию о предоставляемых стоматологических услугах порядок и условия ее оказания, сведения о специалисте, предоставляющем услугу и т.д.

2.4.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия, выбирать время приема у лечащего врача из имеющегося свободного

2.4.4. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг, получить ксерокопии медицинских документов

2.4.5. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту-стоматологу

2.4.6. Отказаться от медицинских услуг по настоящему Договору, при этом полностью оплатить полученные услуги. В этом случае Заказчик не вправе предъявлять Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения.

2.5 Заказчик подтверждает

2.5.1. что до заключения настоящего Договора Исполнитель уведомил его: о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством РФ-о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика. _____/Хусаинова Гузель Рафисовна/ _____/Ф.И.О. пациента/

2.5.2. что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах, содержащей следующие сведения:

- Положение о гарантийных обязательствах;
- Порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях.
- Стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных стоматологических услуг,

Информацию о враче-стоматологе, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации:

- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Иные сведения по требованию Заказчика, связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством

2.5.3. что может также до подписания настоящего Договора ознакомиться с указанными сведениями, а также иными сведениями на сайте Исполнителя в сети Интернет www.smlclinic.ru и/или на информационных стендах в помещении Исполнителя

2.5.4. что подписание настоящего Договора со стороны Заказчика свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации.

_____/Ф.И.О. пациента/

3.Сроки и условия оказания услуг

3.1. Как правило, срок оказания услуги совпадает с датой и временем обращения Заказчика к Исполнителю, согласовывается Сторонами заранее Дата оказания услуг указывается в Счете, выданном Исполнителем Сроки предоставления услуг могут зависеть от длительности лечения, от специфики предоставления той или иной медицинской услуги, общего соматического статуса Заказчика остроты клинической ситуации и иных условий Сроки предоставления услуг могут быть изменены Исполнителем по согласованию с Заказчиком

3.2 Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с графиком работы Исполнителя и специалистов Исполнителя.

3.3. В оговоренное с Заказчиком время лечащий врач проводит консультацию Заказчика, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения составляет план лечения и подробно информирует об этом Заказчика. Если Заказчику кроме терапевтической санации требуется хирургическое, ортопедическое или ортодонтическое лечение, то для него составляется комплексный план лечения до оказания услуг. Необходимым условием исполнения договора является согласие Заказчика с предложенным планом лечения, оформленное подписью Заказчика.

3.4. Исполнитель предоставляет стоматологические услуги при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Информированные добровольные согласия на отдельные виды медицинских вмешательств подписываются Заказчиком отдельно.

3.5. При подписании настоящего Договора Заказчик дает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных в объеме и способами, определенными Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»

3.6. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с проведением дополнительных действий, то они выполняются с предварительного согласия Заказчика. Отказ Заказчика от проведения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, оформляется письменно с разъяснением Заказчику последствий такого отказа

3.7. Контроль за лечением Заказчика (оказанием услуг) осуществляет директор Хусаинова Гузель Рафисовна

4.Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1..Заказчик оплачивает стоимость оказанных услуг, согласно Счету, выданному Исполнителем, выставленному по Прейскуранту стоимости услуг действующему на момент оказания таких работ (услуг)

4.2. Заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги, согласно Счету, после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных ему услуг в данное посещение.

4.3. Услуги могут быть оплачены представителем Заказчика

4.4. Исполнителем и Заказчиком составлена смета, которая является неотъемлемой частью настоящего договора - Приложение №3 к настоящему договору

5. Качество услуг и гарантийные обязательства

5.1. Исполнитель гарантирует Заказчику качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услуги действий методиками и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

5.2. Заказчик осознает и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно:

- явка на профилактические осмотры с обязательным проведением профессиональной гигиены полости рта (не реже двух раз в год)
- строгое выполнение всех рекомендаций и предписаний врача,
- посещение врачебного кабинета в назначенный срок;
- предоставление Исполнителем точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о переносимых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарственных препаратов и процедур, о проводимом вне поликлиники лечении.
- информирование Исполнителя при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.
- соблюдение правил внутреннего распорядка Исполнителя,
- обращение в клинику Исполнителя в случае дискомфорта в области проведенного лечения
- предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно -профилактических учреждений в случае обращения к ним за неотложной стоматологической помощью

гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение, протезирование, сохраняются при условии, если пациент выполняет весь план лечения согласованный с врачом

5.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю

5.4. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Заказчик был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю

5.5. Гарантийный срок исчисляется с момента сдачи зубных протезов Заказчику

5.6. Гарантийный срок исчисляется с момента окончания лечения каждого зуба Заказчика

5.7. Гарантия не распространяется на нормальный износ или на повреждение, вызванные ненормальным или неправильным использованием, небрежностью или несчастным случаем. 5.8. Исполнитель гарантирует качество выполненных работ: комплектующих в течении 1 (одного) года; металлокерамические протезы в течении 1 (одного) года; пластмассовые матрицы замковых протезов в течении 6 (шести) месяцев; коронки с облицовкой из пластмассы в течении 6 (шести) месяцев; временные пластмассовые коронки в течении 2-х (двух) недель с момента изготовления; установка зубных имплантов в течении 1 (одного) года с момента протезирования, при условии выполнения протезирования Исполнителем, прочие конструкции в течении 1 (одного) года. Допускается уменьшение гарантийных сроков лечащим врачом Исполнителя с обязательной отметкой в медицинской карте Заказчика и уведомления Заказчика

5.8. В виду специфики отдельных видов работ (услуг), гарантийные обязательства не распространяется более чем на 24 часа на следующие виды работ (услуг):

- отбеливание зубов;
- профгигиену;
- наложение повязки (временную пломбу);
- зубы, эндодонтически ранее леченные в других клиниках;
- зубы с диагнозом периодонтит или другой периапикальной патологией;
- лечение зуба после травмы (ушиб, скол стенки);
- лечение зуба с извлечением скрытых обломков инструмента, закрытием прорезания (перфорацией) стенки корневого канала, ранее произошедших в другом лечебном учреждении.

С положением о гарантиях в ООО «Смайл-клиник» ознакомлен(-а).

_____/ Ф.И.О. пациента /

6. Срок действия настоящего Договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Договора Сторонами и действует в течении 1 (одного) года. В случае, если в течении 30 календарных дней до момента окончания срока действия настоящего Договора ни из Сторон не заявля в письменном виде о расторжении настоящего Договора, то Договор продлевается на каждый последующий год

6.2. Фактическое оказание каждой услуги подтверждается Актом сдачи приемки-работ по оказанию медицинских услуг

7. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

7.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Заказчик несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

7.2 В случае возникновения разногласий между Сторонами по вопросу качества оказанных услуг спор между сторонами рассматривается директором Хусаиновой и Гузель Рафисовной. Претензии Заказчика составляются письменно и рассматриваются в течении 10 дней В случае не достижения Сторонами согласия спор рассматривается клинико-экспертными комиссиями или экспертами в соответствии с требованиями ФЗ «О защите прав потребителей»

7.3. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Заказчиком назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Заказчика от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения, наличия у Заказчика общих заболеваний, требующих терапевтического лечения скрытых Заказчиком и вследствие этого неучтенных лечащим врачом при назначении лечения, наличия у Заказчика индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы выявленных в процессе оказания стоматологической услуги Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, в том числе в случаях рецидива периодонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки рта, зубов, кожи лица замедленного заживления тканей болевых ощущений: осложнений, связанных с переломом и (или) исправлением результатов работ произведённых в другом медицинском учреждении или самим Заказчиком осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил ретенционного периода при оказании услуг в области ортодонтии

7.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств

8. Конфиденциальность

8.1. Стороны договорились о соблюдении полной конфиденциальности в их отношении Передача информации третьим лицам и или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны

8.2. Конфиденциальной признается информация: о персональных данных Заказчика, информация о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Заказчика, его диагнозе и иных данных полученных при его обследовании и лечении.

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из Сторон

9.2. Все приложения являются неотъемлемыми частями настоящего Договора.

9.3. К отношениям Сторон, не предусмотренным настоящим Договором, применяются положения действующего законодательства РФ.

9.4. Стороны обязуются своевременно (в течении трех календарных дней со дня изменения) в письменном виде уведомлять друг друга об изменении своих банковских реквизитов, адресов, контактных телефонов

9.5. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются Дополнительным соглашением.

10. Адреса и подписи сторон

Исполнитель:

ООО «Смайл-клиник»

ИНН 1657120218/ КПП 165701001

Фактический / юридический адреса:

420066, РТ, г. Казань, ул. Бондаренко, д.14, пом.1000

ОГРН 1121690051768

р/с 40702810045030000184

в ПАО «Ак барс» банк БИК 049205805 к/с 30101810000000000805

Тел. +7(843)203-92-90

Заказчик:

Паспорт гражданина Российской Федерации _____

выдан _____

Адрес прописки: _____

Тел _____

От Исполнителя: _____

Директор Хусаинова Гузель Рафисовна

От Заказчика: _____ / Ф.И.О. пациента/

Приложение № 1 к Договору № _____ Перечень Работ(услуг), выполняемых (оказываемых в соответствии с Лицензией №ЛЮ-16-01-004678 от 26 ноября 2015 г. по адресу: 420066, РТ, г Казань, ул Бондаренко, д -14, пом.1000. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях 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. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи экспертизе временной нетрудоспособности.

Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации серия 16 номер 006524985 ОГРН 111-1690051768. выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №18 по Республике Татарстан.

_____/Хусаинова Гузель Рафисовна/

_____/Ф.И.О. пациента/

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, _____ д.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, Паспорт гражданина Российской Федерации _____

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, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г №24082) (далее Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Смайл-клиник».

Медицинским работником 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 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442 3446).

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств включенные в перечень определенных видов вмешательств мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью. Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты

Дата _____ /Ф.И.О./

Медицинский работник / Хусаинова Гузель Рафисовна/

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, _____ д.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, Паспорт гражданина Российской Федерации _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27 07 2006 г «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных Обществом с ограниченной ответственностью «Смайл-клиник», юридический адрес: 420066, РТ, г Казань, ул Бондаренко д 14 пом 1000. (далее - Оператор).

При этом под персональными данными понимаются относящиеся ко мне сведения и информация, такие как фамилия, имя, отчество, пол дата рождения, адрес проживания, контактный телефон адрес электронной почты, паспортные данные, реквизиты полиса ДМС страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет (ИНН), а также данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения об образовании; сведения с профессии и местах работы сведения о семейном, социальном,

имущественном положении, детях и т.п. на бумажных и/или электронных носителях, которые были или будут переданы Оператору мной лично или поступили (поступят) к Оператору иным способом для заключения гражданско-правового(-ых) договора(-ов) между мной и Оператором

Настоящим разрешаю, такие данные как: фамилия имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, паспортные данные реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет (ИНН), и т.п. обрабатывать ответственному сотруднику Оператора
Настоящим разрешаю, такие сведения как фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, паспортные данные, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет (ИНН), и т.п., а также данные о состоянии моего здоровья заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения об образовании, сведения с профессии и местах работы, сведения о семейном, социальном, имущественном положении детей и т.п.. обрабатывать лицу, профессионально занимающемуся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор запрашивает вышеуказанные сведения и информацию в медико-профилактических целях в целях установления медицинского диагноза и оказания платных медицинских услуг

Под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными, включая сбор систематизацию, накопление хранение, уточнение (обновление, изменение проверка), использование, передача третьим лицам в интересах моего обследования и лечения, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных, внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС. обмен (прием и передача) персональных данных со страховой организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет, при условии отсутствия у Оператора сведений об их отзыве

Я уведомлен(-а) и согласен(-а) с тем, что данное согласие может быть отозвано путем направления Оператору в письменной форме заявления об отзыве согласия заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под роспись ответственному сотруднику Оператора. В этом случае, после получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных. Оператор прекращает их обработку в течение периода времени необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

Я подтверждаю что, давая такое согласие я действую по собственной воле и в своих интересах. Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты

Подпись субъекта персональных данных _____/Ф.И.О. пациента /

АНКЕТА об общем состоянии здоровья

Пациент: **Ф.И.О.** _____

1. Находитесь ли Вы на данный момент под наблюдением врача? ДА / НЕТ Если «да», то по какой причине?
2. Есть ли у Вас аллергические реакции? ДА / НЕТ Если «да», то на какие лекарства?
3. Принимаете ли Вы какие либо лекарства постоянно, в том числе гормональные? ДА / НЕТ Если «да», то как долго и какие дозы?
4. Отметьте, есть ли у Вас следующие заболевания:

Сахарный диабет		Аритмия		Эпилепсия	
Астма		Сердечно-сосудистые заболевания		Наличие кардио-стимулятора	
Частота заболевания герпеса в год		Воспаление суставов (ревматизм)		Онкологические заболевания	
Плохая свертываемость крови		Повышенное давление		Пониженное давление	
Инфаркт миокарда		Психические заболевания		Гепатит (желтуха) Какой (ая)?	
Частота заболевания ОРВИ в год		Туберкулез		СПИД	
Переливание крови					

5. Употребляете ли Вы наркотические вещества? ДА / НЕТ

Часто ли Вы употребляете алкоголь? ДА / НЕТ

Курите ли вы? ДА / НЕТ

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты

Дата _____ / Ф.И.О. пациента]

Дата	Изменения в состоянии здоровья	Подпись
------	--------------------------------	---------