

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматология на Вербной», в дальнейшем именуемое «**Исполнитель**», в лице директора Хусаиновой Гузель Рафисовны, действующей на основании Устава (Лицензия № ЛО-16-01-004689 от 10 декабря 2015 г., выдана Министерством Здравоохранения Республики Татарстан, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа: 420012, РТ, г. Казань, ул. Бутлерова, 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.

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 выполнением условий 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. Отказывать 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 приёма и невозможности предупредить об этом **Заказчика** заранее, **Исполнитель** 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 (эпилепсии 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.

_____ / Хусаинова Гузель Рафисовна.

_____ /Ф.И.О. пациента/

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

2.3.4. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить **Исполнителя** (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**.

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/ 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» - Приложение №3.

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**.

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 лекарств, 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**.

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 заявила 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 Хусайновой Гузель Рафисовной. Претензии **Заказчика** составляются письменно и рассматриваются в течении 10 дней. В случае недостижения **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 переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведенных 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 «Стоматология на Вербной»
ИНН 1660252609/ КПП 166001001
Фактический / юридический адреса:
РТ, г. Казань, ул. Вербная д.1, пом.1000
р/с 40702810245030000353
в ПАО «Ак барс» банк БИК 049205805
к/с 30101810000000000805
От Исполнителя: _____
Директор Хусаинова Гузель Рафисовна

Заказчик:
Ф.И.О. _____
паспорт _____
выдан _____
Адрес _____
Телефон: _____

От Заказчика: _____

Приложение № 1 к Договору № ____ от _____

Перечень Работ(услуг), выполняемых (оказываемых в соответствии с
Лицензией №ЛО-16-01-004689 от 10 декабря 2015 г
по адресу: 420140, РТ, г.Казань, ул. Вербная, д. 1, 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: неотложной медицинской помощи, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, 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 осмотров по: медицинским осмотрам профилактическим: 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 007252574, ОГРН 1151690078033, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №18 по Республике Татарстан.

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, _____, 1980 года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. №24082) (далее—Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Стоматология на Вербной» .
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 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

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:

дата _____ / Ф.И.О.пациента/

Медицинский работник _____ / Хусаинова Гузель Рафисовна.

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (ая) _____, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, паспорт _____, 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 «Стоматология на Вербной», включающих фамилию, имя, отчество, юридический адрес г. Казань, ул. Вербная д.1, 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 о профессии и местах работы: сведения о семейном, социальном, имущественном положениях, 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 положениях, детях 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.

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
------	--------------------------------	---------