# Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации ООО «Сити Дент» в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации – ООО «Сити Дент» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

# С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

# Договор на оказание платных медицинских услуг

# г. Тула . . г.

Медицинская организация ООО»Сити Дент», лицензия № ${Клиника.Лицензия.Номер} от ${Клиника.Лицензия.ДатаВыдачи}г., выдана ${Клиника.Лицензия.КемВыдана}, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем — «Пациент», с другой стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Определения, термины, применяемые в договоре

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, термины, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«Пациент» - физическое лицо, которому необходимо получить, платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором.

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;

«медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно- правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, свидетельство об аккредитации специалиста, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

1. Предмет Договора
   1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности № ${Клиника.Лицензия.Номер} от ${Клиника.Лицензия.ДатаВыдачи}г., выданной ${Клиника.Лицензия.КемВыдана}. Адрес места нахождения: проспект Ленина, д.142, кв./оф. помещ. 324, Тульская область, г.Тула. Номер телефона +79056223311, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее — Прейскурант), утвержденным в установленном порядке Исполнителем, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги.
   2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи, протоколов лечения, клинических рекомендаций и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке Министерством здравоохранения Российской Федерации.
      1. Медицинские услуги предоставляются:

* в полном объеме стандарта медицинской помощи;
* по просьбе Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
  + 1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
    2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии согласия Пациента на обработку/передачу персональных данных Пациента в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».
    3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, отражается в Акте выполненных работ, который является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.6 Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

-ознакомил Пациента с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г.

№1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг);

-ознакомил Пациента с правилами предоставления платных медицинских услуг в ООО «Сити Дент»

-ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

-ознакомил его с Положением об установлении срока гарантии и срока службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Сити Дент»;

-уведомил Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

* 1. Подписав настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание медицинских услуг на платной основе.

1. Права и обязанности Сторон
   1. Исполнитель обязуется:
      1. Оказать пациенту, платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 2.2. настоящего Договора.

Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

* + 1. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
    2. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.
    3. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.
    4. «Исполнитель» предупреждает «Пациента» о том, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.
    5. При предоставлении платных стоматологических услуг «Исполнитель» обязан предоставить дополнительные стоматологические услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях и осложнениях без взимания платы;
    6. «Исполнитель» обязан предупредить «Пациента» при предоставлении платных стоматологических услуг, если требуются дополнительные стоматологические услуги на возмездной основе.
    7. Без согласия «Пациента» - «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные стоматологические услуги на возмездной основе, в случае невыполнения взятых обязательств.
    8. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья пациента (соблюдать врачебную тайну).
    9. Разъяснить пациенту все необходимые процедуры по уходу за полостью рта в процессе лечения и после него.
  1. «Исполнитель» имеет право:
     1. Самостоятельно определять объем обследований и других необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.
     2. Приступить к лечению пациента только после получения от Пациента Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные услуги на возмездной основе.
     3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для оказания медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача с согласия Пациента.
     4. Использовать для связи и рассылки информационных материалов почтовые отправления, электронную почту, социальные сети, SMS сообщения, телефонные звонки.
  2. Пациент обязуется:
     1. Ознакомиться с условиями настоящего Договора, оформив надлежащим образом Приложение № 1 к Договору (Согласие потребителя на подписание договора оказания платных медицинских услуг), являющегося его неотъемлемой частью‚ предоставив Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
     2. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в подп. 2.1., согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.
     3. Предоставить «Исполнителю» (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) до назначения лечения данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не «Исполнителем» (при их наличии в оригиналах, либо заверенных надлежащим образом копиях), а также добросовестно сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о хронических заболеваниях, о постановке на диспансерный учет и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения или получения медицинских услуг или являться противопоказанием к их выполнению.
     4. Заполнить анкету здоровья.
     5. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.
     6. Обеспечить, организовать и проконтролировать выполнение пациентом всех медицинских предписаний, назначений, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору, а так же:

- Обеспечить прохождение НЕОБХОДИМОГО диагностического ОБСЛЕДОВАНИЯ пациентом.

- Ознакомиться с предложенным планом лечения, примерными сроками и его стоимостью.

- Ознакомиться с условиями предоставления гарантий.

- Обеспечить регулярные визиты к доктору в строго назначенное время.

- Четко соблюдать рекомендации доктора в период лечения, в том числе режим приема пищевых продуктов.

- Тщательно следить за гигиеной полости рта, согласно выданным рекомендациям.

- После окончания лечения выполнять все рекомендации доктора, чтобы предотвратить рецидив.

* + 1. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.
    2. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотических средств и психотропных веществ, а так же алкоголь содержащих напитков.
    3. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, биологически активных добавок (БАД), чрезмерных физических нагрузок и т. д.
    4. Соблюдать график посещений к медицинским работникам, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.
    5. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.
    6. Обязан до начала оказания услуг по настоящему договору (либо в другой период по согласованию с лечащим врачом) пройти процедуру профессиональной гигиены полости рта.
    7. Пациент предупрежден о том, что:

- Любому оперативному вмешательству присущи определенные осложнения. Наиболее часто встречаются следующие осложнения: послеоперационное кровотечение, появление припухлости и отечности мягких тканей, которые могут требовать хирургического вмешательства (разрезы и т.п.), синяки, затрудненное открывание полости рта, присоединение инфекции, временное или стойкое онемение или чувство покалывания в губах, языке, подбородке, в области десен и зубов. Иногда возможны тошнота и рвота, аллергические реакции, замедленное заживление, болезненность, прободение гайморовой пазухи. Кроме того, при периодонтальных операциях возможно появление эффекта "выросшего зуба" и временной чувствительности по отношению к холодным и горячим раздражителям.

- При применении любых лекарственных препаратов существует риск проявления аллергической реакции как таковой или ее признаков.

* 1. Пациенту разъяснено, что:
     1. Необходимо соблюдение всех ограничений, связанных с приемом пищи и гигиеническим уходом за полостью рта, которые Пациент должен соблюдать в период после лечения. Нарушение Пациентом данных ограничений может привести к отрицательным последствиям.
     2. При оказании услуги не может требоваться такой результат, который недостижим или достижим только частично исходя из современного уровня развития медицины, а также анатомических, физиологических и других особенностей организма Пациента.
     3. Претензии будут считаться необоснованными, если доктор принял все меры для профессионально надлежащего исполнения своих обязанностей по оказанию услуги в соответствии с согласованным планом и объемом лечения.
  2. «Пациент» имеет право:
     1. требовать от «Исполнителя» предоставления сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности и квалификации медицинских работников;
     2. выбрать лечащего врача;
     3. получать от «Исполнителя» для ознакомления в доступной форме сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания и риске возможных медицинских вмешательств;
     4. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);
     5. отказаться от медицинских услуг по настоящему договору, возместив Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с оказанием услуг.

1. Цена и порядок оплаты услуг
   1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом и отражена в Акте выполненных работ.
   2. По желанию пациента составляется и согласовывается предварительный Лечебно-финансовый план на все лечение, либо на отдельные его этапы.
   3. Оплата стоматологических услуг осуществляется Пациентом на основании Акта выполненных работ в соответствии с ценами, указанными в прейскуранте, действующим на момент оказания услуги по стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. Пациент обязан оплатить эти услуги в день их оказания до или непосредственно после их осуществления. В случаях оказания услуг по стоматологии ортопедической, по ортодонтии и имплантологии оплата производится по частям, в соответствии с этапами лечения, согласованными в Лечебно-финансовом плане, при этом предоплата должна составлять не менее 50% от стоимости услуг. В день окончательного выполнения работы (сдачи) оплата должна быть произведена полностью.
   4. При возникновении необходимости оказания дополнительных стоматологических услуг, по результатам обследования и лечения, стоимость стоматологических услуг и сроки выполнения могут быть изменены «Исполнителем» с согласия «Пациента» с учетом уточненного диагноза.
   5. В случае выявления обстоятельств, влияющих на первоначальную стоимость оказываемых услуг, возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования, стороны согласовывают новый план лечения и корректируют Лечебно-финансовый план.
   6. Пациент обязуется оплатить все лечение в полном объеме согласно прейскуранту цен.
   7. Цены на работу могут изменяться в случае изменения стоимости используемых материалов и препаратов, предметов медицинского назначения или иных, не зависящих от Исполнителя обстоятельств.
   8. В случае невыполнения Пациентом рекомендаций доктора по соблюдению гигиены полости рта, нарушения назначенного режима лечения, оказание услуги может быть прекращено по инициативе Исполнителя.
   9. Срок предоставления (оказания) услуги определяется датой и временем обращения

«Пациента» к «Исполнителю».

* 1. Сроки предоставления конкретных услуг конкретизируются, по соглашению с

«Пациентом», исходя из периода, необходимого для проведения определенных видов работ или вида лечения; общего соматического статуса пациента, его психо-эмоционального состояния, наличия у него и врача свободного времени, остроты клинической ситуации. Количество необходимых приемов (период времени, в течение которого оказывается услуга, сдается работа) определяется индивидуально.

* 1. В случае неоплаты Пациентом стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разд. 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право приостановить лечение Пациента до момента оплаты последним его стоимости.

1. Ответственность сторон
   1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
   2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
   3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг, либо несет ответственность в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления неполной информации о здоровье Пациентом, в случае отказа от лечения при незаконченном лечении, при несоблюдении пациентом графика посещений (неявок на назначенные приемы), несоблюдении режима лечения и назначений врача, в случае, когда начатое Исполнителем лечение было продолжено в другой клинике.

Так же «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение «Пациентом» других условий настоящего Договора.

* 1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.
  2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной стоматологической услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом, при том, что ухудшение состояния здоровья пациента может возникнуть после оказания стоматологической услуги, но не вследствие ее.
  3. Пациент несет ответственность за предоставление полной и правдивой информации о состоянии здоровья.
  4. Пациент несет ответственность за выполнение режима и манипуляций, назначенных доктором. В случае возникновения споров по настоящему договору, стороны будут стремиться принять все меры к разрешению их путем переговоров. В случае не достижения соглашения по спорным вопросам, спор разрешается в порядке, предусмотренном процессуальным законодательством РФ.

1. Условия предоставления платных стоматологических услуг
   1. При обращении в медицинскую организацию за получением медицинской помощи Пациент регистрируется в базе данных организации, где на пациента оформляется положенная медицинская и другая документация.
   2. После согласования всех условий подписываются следующие документы:

-согласие на подписания договора платных медицинских услуг;

-договор на оказания платных медицинских услуг;

-согласие на обработку персональных данных;

-информированное согласие на медицинское вмешательство;

-анкета здоровья.

1. Порядок изменения и расторжения Договора
   1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
   2. Настоящий Договор может быть расторгнут в случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Пациента от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется в течение пяти календарных дней Исполнителю. Исполнитель информирует Пациента о расторжении настоящего Договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
2. Прочие условия
   1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.
   2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.
   3. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия договора ни одна из сторон не заявит о его прекращении, договор считается продленным на тот же срок и на тех же условиях.
   4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из Сторон с обязательным письменным предварительным уведомлением другой стороны в соответствии с ГК РФ.
   5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, один из которых находится у

«Исполнителя», второй у «Пациента»,имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

1. Адреса и реквизиты Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| **«Исполнитель»**:  ООО «Сити Дент»  Адрес: проспект Ленина, д.142, кв./оф. помещ. 324, Тульская область, г.Тула  ИНН / КПП: 7100038385/710001001  ОГРН: 123710007100  БИК: 044525593  р/сч. 40702810201690000285  к/сч. 30101810200000000593  тел. +79056223311, +79509101032  Генеральный директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись  м.п. | **«Пациент»**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.  Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись ФИО |

Приложение № 1 к договору

ООО «Сити Дент»

# Согласие пациента на подписание договора оказания платных медицинских услуг (основание ч.15 Постановление правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг

- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОГЛАСЕН(А) на подписание договора на оказания платных медицинских услуг

Подпись 20 г.

# СОГЛАСИЕ

**на обработку персональных данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_,№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_‚выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона "О персональных данных" № 152-ФЗ от 27.07.2006, подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Сити Дент» (далее - Оператор) в целях оказания медицинских услуг, персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в целях обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) .

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией ООО « Сити Дент» с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в ближайший срок.

ФИО подпись

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

# Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

(СОСТАВЛЕНО В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012года №1177н)

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , добровольно обращаюсь в ООО «Сити Дент». В полном объеме предоставляю информацию о состоянии здоровья, соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, манипуляций и исследований (включая рентгенологические) для получения полной картины состояния здоровья , диагностики и определения плана лечения, который врач согласовывает со мной. Я в доступной и понятной форме информирован(а) о результатах предварительного осмотра, получил(а) сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, различных методах лечения и связанных с вмешательством рисках. Мной заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения и получены на них исчерпывающие ответы. Мне разъяснено, что в ходе лечения, в соответствии с клинической картиной и результатами диагностических мероприятий, может возникнуть необходимость изменения плана лечения. А также врач может назначить дополнительные исследования и процедуры, которые необходимо будет пройти. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться и заблаговременно разъясняться. Мне понятны рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках в период лечения, явках на контрольные осмотры и исследования, рекомендации получены. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению состояния здоровья и снижению эффективности лечения. Я предупрежден(а) и понимаю, что реакция каждого организма на медицинское вмешательство индивидуальна и различные осложнения‚ о которых мне разъяснено, возможны. Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия отказа при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершенном лечении. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мною прочитан, понятен смысл и назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях.

|  |  |
| --- | --- |
| Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| подпись | дата |
| Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| подпись | дата |