



## Договор на оказание стоматологических услуг № 3845

Москва

от \_\_\_\_\_ г.

ООО Дент-ИСТ, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице представителя Ковалева Валентина Евгеньевна, действующего на основании доверенности от 16.11.2021 № 1, одной стороны,

и

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту стоматологические услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией.

1.2. Исполнитель оказывает услуги Пациенту, исходя из объективного состояния здоровья Пациента на момент заключения данного Договора.

1.3. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, а Пациент обязуется оплатить их стоимость в соответствии с прейскурантом, утвержденным Исполнителем.

### 2. Права и обязанности сторон

#### 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Осуществить в оговоренное сторонами время осмотр Пациента для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения.

2.1.2. Провести полноценный клинический осмотр, диагностическое обследование в полном объеме и на основании установленного диагноза наметить план лечения.

2.1.3. Ознакомить Пациента с вариантами лечения и прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. Согласовать с Пациентом стоимость лечения.

2.1.4. Результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в амбулаторной карте.

2.1.5. Ставить в известность Пациента о возможных обстоятельствах, возникающих в процессе лечения, которые могут привести к изменению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменение утвержденного плана лечения отражается в амбулаторной карте.

2.1.6. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.

2.1.7. Выполнить все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства с учетом объективного состояния здоровья Пациента на момент оказания медицинской услуги.

2.1.8. Ознакомить Пациента под подпись с «Предварительным планом лечения», который зафиксирован в амбулаторной карте.

#### 2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определить характер и объем исследований, манипуляций для установления диагноза, надлежащего и адекватного лечения Пациента.

2.2.2. Исполнитель с согласия Пациента вправе допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема стоимости лечения.

2.2.3. Отказаться от лечения, если оно не соответствует требованиям технологий и может вызвать неблагоприятные последствия для Пациента.

2.2.4. В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для проведения лечения.

2.2.5. Отказаться от обслуживания Пациента, находящегося в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящегося в состоянии здоровья, недопустимого для проведения стоматологического лечения.

2.2.6. Взимать предоплату в счет причитающихся платежей за лечение (ортопедическое - не менее 50%, приоритетное ортопедическое лечение - не менее 50%, при имплантологическом лечении - не менее 50%).

#### 2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Являться на прием в установленное время. При опоздании более, чем на 10 минут Исполнитель имеет право отказать в приеме. Пациент обязан предупредить регистратора по телефону не менее, чем за 24 часа о невозможности явки на прием.

2.3.2. Обязан оплатить стоимость консультации специалиста клиники вне зависимости от того, будет ли продолжено лечение.

2.3.3. При оформлении первичной медицинской документации максимально точно заполнить карту общего здоровья.

2.3.4. Выполнять все указания и рекомендации лечащего врача, которые были выданы на руки Пациенту лечащим врачом в виде Памяток, листовок и т.д.

2.3.5. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о приеме лекарственных препаратов.

2.3.6. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные регулярные профилактические осмотры.

2.3.7. Производить оплату медицинских услуг в полном объеме, согласно условиям Договора.

2.3.8. В период гарантийного срока обращаться непосредственно к Исполнителю при возникновении вопросов или жалоб, связанных со стоматологической услугой (пломбы, протезы), не прибегая к услугам других стоматологических учреждений, в противном случае Пациент лишается права на гарантийное обслуживание у Исполнителя.

2.3.9. Пациент обязан ознакомиться с информацией, непосредственно связанной с исполнением условий настоящего Договора, в том числе Положением о гарантийных сроках и сроках службы стоматологических услуг и работы, производимых ООО Дент-ИСТ.

2.3.10. В случае возникновения спора между сторонами настоящего Договора, наличия претензий по качеству стоматологических услуг пройти обязательную процедуру досудебного урегулирования спора (процедуру урегулирования спорной ситуации), регламентируемую разделом 4 настоящего Договора.

#### 2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Выбрать лечащего врача.

2.4.2. Пациент имеет право на получение достоверных сведений об объеме и характере лечения, о стоматологическом состоянии его здоровья.

2.4.3. Отказаться от дальнейшего лечения со обязательной оплатой произведенного лечения. В данном случае

предоплата на приобретение расходных материалов и изготовление каких-либо стоматологических конструкций не возвращается.

2.4.4. Помимо указанных в Договоре прав, Пациент обладает всеми правами предоставленными ему действующим Законодательством РФ о защите здоровья граждан.

### 3. Ответственность сторон

#### 3.1. Исполнитель несет ответственность:

3.1.1. За качество выполняемых стоматологических услуг по настоящему Договору (в соответствии с утвержденными стандартами).

3.1.2. За причинение вреда здоровью Пациента по вине врача Исполнителя.

#### 3.2. Исполнитель несет ответственность в случаях:

3.2.1. Возникновения осложнений по вине Пациента (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнения назначений врача, несвоевременное обращение в возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, отказ от необходимого дополнительного комплекса обследований и лечения).

3.2.2. Возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении.

3.2.3. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии или непереносимости препаратов не отражено Пациентом в Карте общего состояния здоровья.

3.2.4. Прекращения (незавершения) лечения по инициативе Пациента.

3.2.5. Если Пациент не предоставил достоверную информацию о состоянии здоровья.

3.2.6. В случае неявки на очередной профилактический осмотр Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятный результат проведенного ранее лечения.

#### 3.3. Пациент несет ответственность:

3.1.1. За достоверность предоставляемой информации, четко выполнением рекомендаций врача и своевременную оплату медицинских услуг.

### 4. Разрешение споров

4.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по поводу качества оказания услуги или иных условий настоящего Договора, стороны решают спор посредством его досудебного урегулирования, путем обращения в службу урегулирования спорных ситуаций при Ассоциации частных стоматологических клиник ([www.stomas.ru](http://www.stomas.ru)).

4.2. Процедура урегулирования спорной ситуации проводится в соответствии с Положением работ службы досудебного урегулирования Ассоциации частных стоматологических клиник.

4.3. В случае нарушения условий настоящего Договора одной из сторон недостижения согласия в порядке досудебного урегулирования заинтересованная сторона имеет право обратиться в суд по месту исполнения настоящего Договора.

### 5. Гарантийные обязательства

5.1. Исполнитель на оказанные услуги, изготовленные и реализованные изделия товаров устанавливает Гарантийные сроки и сроки службы согласно действующему у Исполнителя «Положения и гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические работы, производимые в ООО Дент-ИСТ в соответствии с требованиями законодательства РФ. С Положением можно ознакомиться на сайте [www.dent-ist.ru](http://www.dent-ist.ru) и в регистратуре клиники.

5.2. В случае отказа Пациента от окончания лечения, при несоблюдении рекомендаций врача, гигиены полости рта, а также при неявке на очередной профилактический осмотр гарантийные обязательства на уже проведенное лечение аннулируются.

### 6. Непредвиденные обстоятельства

6.1. Стороны несут ответственности за невыполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажорными обстоятельствами), непосредственно повлиявшими на выполнение сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

6.2. Если стоматологическая услуга была оказана в соответствии с показаниями и в объеме, адекватном состоянию здоровья Пациента на момент обращения, то все неблагоприятные последствия такой услуги расцениваются как не прогнозируемый исход (форс-мажорные обстоятельства).

### 7. Срок действия договора

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до выполнения сторонами своих обязательств по Договору.

7.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон.

### 8. Заключительные положения

8.1. Все изменения и дополнения настоящего Договора оформляются путем подписания дополнительного соглашения.

8.2. Подписывая настоящее соглашение, Заказчик дает согласие на получение, хранение и обработку Исполнителем персональных данных Пациента.

8.3. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего Договора, стороны руководствуются действующим Законодательством РФ.

### 9. Подписи сторон:

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО Дент-ИСТ

Юридический адрес: 115304, г. Москва, ул. Каспийская, д.22, кор.1, стр.5, этаж 4, помещ. VII, К13, оф.5

Фактический адрес: 115407, Москва, ул. Судостроительная, д.40  
ИНН: 7724260630 ОГРН: 1037724005560 КПП : 772401001

#### Банковские реквизиты:

ТОЧКА ПАО БАНКА "ФК ОТКРЫТИЕ"

БИК: 044525999 ИНН/КПП : 7706092528 / 770543002

Корр.счёт: 30101810845250000999

Расч.счёт: 40702810201500031908

Ковалева Валентина Евгеньевна / \_\_\_\_\_

#### ПАЦИЕНТ:

ФИО: \_\_\_\_\_

№ паспорта: \_\_\_\_\_

Кем и когда выдан: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)



ООО Дент-ИСТ  
115407, Москва,  
Судостроительная ул., д. 40

Тел.: +7 (499) 110-99-96  
www.dent-ist.ru

### Анкета пациента

Последнее посещение врача-стоматолога (если не помните, пропускайте)

---

**Заболевание сердца \***

Да Нет

**Повышается ли у Вас артериальное давление? \***

Да Нет

**Понижается ли у Вас артериальное давление? \***

Да Нет

**Бывает ли головокружение, потери сознания, одышка и т.д., при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов? \***

Да Нет

**Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы? \***

Да Нет

**Бронхиальная астма \***

Да Нет

**Болели ли Вы гепатитом? \***

Да Нет

**Болели ли Вы ВИЧ? \***

Да Нет

**Болели ли Вы туберкулезом? \***

Да Нет

**Нарушения свертываемости крови \***

Да Нет

**Перенесенные и сопутствующие заболевания (которые несут серьезные последствия)**

---

---

**Ф.И.О. (близкого человека) к кому обращаться в случае необходимости (если Вам станет плохо)**

---

---

Укажите Сотовый номер этого человека: \_\_\_\_\_

**Принимаете ли какие-либо лекарственные препараты? \***

Да Нет

**Принимаемые лекарственные препараты (кроме витаминов и БАДов)**

---

---

**Курите ли вы? \***

Да Нет

**Аллергические реакции: \***

Да Нет

**на местные анестетики \***

Да Нет

**на антибиотики \***

Да Нет

**на сульфанилимиды \* (противомикробные препараты)**

Да Нет

**на препараты йода \***

Да Нет

**на гормональные препараты \***

Да Нет

**на другие лекарственные препараты \***

Да Нет

**Лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет \***

Да Нет

**Принимаете ли Вы седативные препараты \* (успокоительные, снотворные)**

Да Нет

---

**Для пациенток:**

**Беременны ли Вы? \***

Да Нет

**Являетесь ли кормящей матерью? \***

Да Нет

---

**Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты \***

Да Нет

Дополнительно хочу сообщить о состоянии моего здоровья следующее:

---

---

---

---

ФИОпациента \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

документ, удостоверяющий личность: паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

(адрес регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие, данное ООО Дент-ИСТ (далее — Оператор), находящееся по адресу: 115304 Российская Федерация г. Москва ул. Каспийская д.22, кор.1, стр.5, этаж 4, помещ. VIII, К13, оф.5, на обработку персональных данных (сведений) об обмене, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, СНИЛС, данные о моем состоянии здоровья, заболеваниях, о случаях обращения за медицинской помощью (подробный перечень персональных данных представлен в п. 2 Положения об обработке и защите персональных данных ООО Дент-ИСТ, в целях сохранения и восстановления здоровья и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским сотрудникам, передавать персональные данные об обмене, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Оператор имеет право исполнить свои обязательства по работе с системой ДМС на обмен (прием и передачу) персональными данными страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_ и ЗАО «Мед.Ком» с использованием машинных носителей или канала связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Передача персональных данных их лицами или хранящими не может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует до момента достижения целей обработки.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с «Положением об обработке и защите персональных данных ООО Дент-ИСТ, и с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись)

Согласие на информирование

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Мобильный телефон \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Я, ниже подписавшийся, согласен на получение информации от клиники (о времени, месте, условиях оказания медицинских услуг и т.д.) посредством мс-рассылки и/или e-mail рассылки.

Дата \_\_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_ / /

Приложение № 2 к приказу  
Министерства здравоохранения РФ от 20  
декабря 2012 г. № 1177н

**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, \_\_\_\_\_ (ФИО гражданина)

\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина или законного представителя)

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 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

(ненужное зачеркнуть) в ООО Дент-ИСТ

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, 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). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника) \_\_\_\_\_ г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ**  
**от 23 апреля 2012 г. N 390н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ  
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,  
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ  
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724) приказываю:

Утвердить [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, согласно приложению.

Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н

**ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,  
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ  
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.