

## Положение

о порядке предоставления платных медицинских услуг  
бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»

### 1. Общие положения

1.1. Настоящее положение определяет порядок и условия предоставления гражданам платных медицинских услуг (далее – медицинские услуги/платные услуги) бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» (далее по тексту – Учреждение).

Правовой основой оказания платных медицинских услуг в Учреждении являются:

- Гражданский Кодекс Российской Федерации;
- Закон РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. « 1006»;
- Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации»;
- Устав бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»;
- Лицензия, выданная в соответствии с законодательством.

1.2. Для целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

- «Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);
- «Пациент/потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Пациент, получающий платные медицинские услуги, является потребителем, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закона РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- «Законный представитель» - лицо, осуществляющее права и обязанности от имени другого лица (представляемого) в силу полномочия, основанного на доверенности, указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления. В том случае, когда совершение действий представителя обусловлено предписанием закона;
- «Заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу пациента.
- «Исполнитель» - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются Учреждением в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

1.4. Платные услуги оказываются пациентам за счет личных средств на основании заключенных договоров. В случае если Заказчиком выступает юридическое лицо, оплата за оказанные

платные медицинские услуги осуществляется путем перечисления суммы на расчетный счет Учреждения.

1.5. В информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах Учреждения предоставлена в доступной форме информация о возможности получения в Учреждении соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

1.6. Учреждение формирует и утверждает перечень платных медицинских услуг по согласованию с Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

1.7. Учреждение самостоятельно утверждает информацию о ценах на платные услуги.

1.8. Контроль финансово-хозяйственной деятельности по оказанию платных медицинских услуг осуществляет в пределах своей компетенции Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и другие государственные органы и организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами Российской Федерации возложена обязанность проведения проверки деятельности медицинских организаций.

1.9. Учреждение обязано вести статистический и бухгалтерский учет и отчетность по основной деятельности и предоставленным платным услугам, а также составлять требуемую отчетность и предоставлять ее в установленном порядке.

1.10. Учреждение при предоставлении платных медицинских услуг соблюдает порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинические рекомендации и руководства, стандарты.

1.11. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме клинических рекомендаций/ стандартов по нозологии, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем клинических рекомендаций.

## **2. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

2.1. Учреждение имеет право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

2.1.1. На иных условиях, чем предусмотрено территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и (или) целевыми программами.

2.1.2. При оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.1.3. Гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

2.1.4. При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, увеличению сроков ожидания оказания медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

2.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.4. Порядок оплаты и оформления платных медицинских услуг детально определен в Приложении №1 настоящего Положения.

Оформление платной услуги производится соответствующим договором/соглашением о расторжении договора и при необходимости дополнительным соглашением к договору на предоставление платных медицинских услуг в письменной форме, в 2-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у пациента по формам Приложений № 2-7 настоящего Положения.

С учетом положений 434, 426 Гражданского кодекса РФ возможно заключение договора дистанционным способом, путем направления акцепта, однако наличие в договоре предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг подписи пациента обязательно.

В случае обращения за оказанием медицинской помощи несовершеннолетнего гражданина в возрасте от 14 до 18 лет, заявившего о своём праве заключить договор самостоятельно, к договору дополнительно прилагается письменное согласие законного представителя по форме Приложения № 8 настоящего Положения.

Законными представителями могут быть родители, усыновители или попечители. Полномочия родителей и усыновителей проверяются по данным паспорта и свидетельства о рождении ребенка, полномочия попечителей – по удостоверению попечителя. Единой установленной формы удостоверения не существует, главное – в удостоверении должны содержаться сведения о факте установления попечительства с указанием попечителя и находящегося на попечительстве. В случае отсутствия удостоверения, необходимо предъявить соответствующее разрешение органов опеки и попечительства.

2.5. Договор содержит следующие сведения:

- наименование Учреждения, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дату ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Учреждения в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;
- фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон пациента (законного представителя пациента);
- наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;
- перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;
- информацию о ценах на предоставляемые платные медицинские услуги, сроки и порядок их оплаты;
- условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;
- должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) пациента (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;
- ответственность сторон за невыполнение условий договора;
- порядок изменения и расторжения договора;
- иные условия, определяемые по соглашению сторон.

2.6. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является договор, сформированный на основании наряда, с указанием в договоре номера наряда. На каждый вновь сформированный наряд по одному плану лечения оформляется новый договор. В последующем после произведенной оплаты наряд совместно с договором поступает в бухгалтерию.

2.7. Лечащий врач согласовывает с Пациентом перечень медицинских услуг, сроки получения услуг(и), стоимость оказываемых медицинских услуг. После осуществления оплаты Пациентом медицинских услуг, лечащий врач устанавливает срок начала лечения.

Оплата в 100% размере за платные медицинские услуги осуществляется пациентом предварительно на основании договора и наряда являющегося неотъемлемой частью договора.

Наряд содержит информацию о перечне оказываемых медицинских услуг, стоимость за единицу, итоговую сумму.

Расчеты производятся путем внесения наличных денежных средств в кассу, либо безналичным расчетом через терминал в кассе Учреждения. В случае если медицинские услуги оказываются в ночное время, выходные или праздничные дни - расчеты производятся непосредственно в смотровом кабинете.

Расчёты при заключении договоров с юридическими лицами осуществляются по факту оказанных услуг путем перечисления суммы на расчетный счет Учреждения.

2.8. Расчеты с физическими лицами за предоставление платных медицинских услуг осуществляется с применением контрольно-кассовых машин.

2.9. Учреждение обязано выдать пациенту кассовый чек и иные документы, подтверждающие оплату медицинских услуг (слип – чек терминала).

2.10. Регистрация платных медицинских услуг ведется в информационной системе «Электронная медицинская карта», информация в которой подлежит хранению в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.11. По медицинским показаниям пациенту при оказании платных медицинских услуг оформляется документ, подтверждающий временную нетрудоспособность в электронном формате.

### **3. Обязанности и ответственность Учреждения при оказании платных медицинских услуг**

3.1. При оказании платной услуги Учреждение обязано:

3.1.1. Заключить договор с пациентом (заказчиком), в котором регламентированы условия и сроки получения услуги, порядок расчетов, права и обязанности, ответственность сторон.

3.1.2. Предоставить пациенту кассовый чек или иной документ, удостоверяющий факт оплаты медицинской услуги.

3.1.3. Обеспечить пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, посредством размещения в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах, содержащую следующие сведения:

- информация об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах согласно положениям статьи 8 - 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».
- наименование Учреждения, адрес, адрес осуществления медицинской деятельности;
- основной государственный регистрационный номер;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию;
- адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» - информация размещена на информационных стендах Учреждения;
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- по требованию потребителя и (или) заказчика предоставляется выписка из единого государственного реестра юридических лиц;
- перечень платных медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой;
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, ссылки на «Официальный интернет-портал правовой информации» ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;
- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцы договоров;
- перечень категорий граждан, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны учредителей, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

3.1.4. Информация, указанная в пункте 3.1.3. доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени Учреждения.

3.1.5. В момент оказания услуги врач обязан информировать пациента о возможных исходах и осложнениях лечения, и получить согласие/отказ пациента на оказание медицинской услуги.

3.1.6. Обеспечить соответствие оказываемых услуг населению требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний в соответствии со стандартами, действующими на территории Российской Федерации.

3.1.7. Обеспечить соблюдение требований Федеральных законов: от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

3.2. Учреждение вправе не оказывать платную медицинскую помощь при отказе пациента подписывать информированное добровольное согласие, анкету здоровья, договор об оказании платных медицинских услуг, согласие на обработку персональных данных, а также, если пациент находится в алкогольном или наркотическом опьянении.

3.3. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, действующих на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни пациента.

3.4. Учреждение освобождается от ответственности, если докажет, что причинение вреда здоровью пациента, возникло по вине последнего в результате несоблюдения плана лечения, рекомендаций медицинского персонала.

3.5. Учреждение освобождается от ответственности, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по предоставлению платной медицинской услуги произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

#### **4. Права, обязанности и ответственность пациентов**

4.1. Пациент при получении платной услуги имеет право на:

- предоставление информации об исполнителе услуг, указанной в разделе 3.1.3;
- получение информации о расчете цены оказанной медицинской услуги;
- качественное и своевременное оказание платной медицинской услуги (время оказания услуги должно оговариваться с пациентом во время записи пациента);
- получение в доступной форме информации о диагнозе, плане и вариантах лечения, применяемых технологиях, предполагаемом исходе лечения, возможных осложнениях после медицинского вмешательства, а также о наличии альтернативных видов подобного рода услуг с целью обеспечения права пациента на выбор;
- ознакомление с гарантийными сроками и правилами предоставления медицинской помощи и правилами поведения пациента в Учреждении;
- получение акта выполненных работ по окончании лечения.

4.2. Пациент, воспользовавшийся медицинской услугой (в том числе по договору с юридическим лицом и в рамках ДМС), вправе предъявить требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора.

4.3. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам исполнения платных медицинских услуг пациент вправе по своему выбору:

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытка.

4.4. Пациент обязан:

- ознакомиться на информационных стендах и/или официальном сайте Исполнителя, а в дальнейшем соблюдать действующие правила поведения пациентов в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»;
- до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, применяемых лекарственных препаратах и/или процедурах, а также другую информацию, влияющую на течение или лечение заболевания;
- дать добровольное согласие или отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);
- отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, спиртных напитков;
- давать полную информацию лечащему врачу о своих жалобах, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении и других вопросах, касающихся своего здоровья, сообщать обо всех неожиданных переменах в состоянии здоровья;
- выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, соблюдать согласованный план лечения, рекомендации лечащего врача, в том числе по назначенным явкам диспансерного наблюдения, предписанного врачом режима при временной утрате нетрудоспособности. В случае несоблюдения вышеуказанных требований, в том числе назначенного режима лечения, качество лечения может быть снижено, что может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;
- заботиться о своем здоровье, не предпринимать действий, наносящих ущерб здоровью других граждан;
- не ущемлять права других пациентов и персонала Учреждения;
- оплатить стоимость медицинской услуги.

4.5. Пациент несет ответственность:

- за не выполнение лечебных назначений (когда он не способен выполнять их по какой-либо причине, то обязан поставить в известность об этом лечащего врача);
- за отказ от лечения или следования назначениям лечащего врача;
- за причиненный ущерб в отношении имущества других лиц и имущества Учреждения.

Пациент, за причинение вреда имуществу других лиц и Учреждению, несет уголовную, материальную или иную ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

### **Порядок оплаты и оформления платных медицинских услуг**

1. При обращении пациента за предоставлением платных медицинских услуг, после согласования плана лечения с лечащим врачом, выписывается наряд.

1.1. В случае, предусмотренным абзацем 3 пункта 2.4 Положения, пациенту разъясняется о его праве заключения договора об оказании платных медицинских услуг только с письменного согласия законного представителя, в противном случае пациент не может самостоятельно заключить договор. Форма согласия выдаётся медицинским регистратором и заполняется до начала приёма, после чего законный представитель передаёт согласие в регистратуру Учреждения вместе с копиями документов, подтверждающих его статус и полномочия в отношении несовершеннолетнего (свидетельство о рождении ребенка, паспорт родителя, удостоверение опекуна, свидетельство об усыновлении ребенка или копия решения суда об усыновлении, решение органа опеки об установлении опеки или попечительства).

1.2. Если пациент согласен на получение платной медицинской услуги, медицинская сестра отправляет на печать в кассу наряд, созданный в информационной системе «Электронная медицинская карта», меняя статус наряда на значение «К оплате».

1.3. Кассир, согласно наряду оформляет договор, фискальный чек с перечнем услуг и после оплаты выдает на руки пациенту пакет документов, включающий в себя: договор, наряд и чек. Второй экземпляр наряда с отметкой об оплате, с прикрепленным и подписанным пациентом договором передается в лечебный кабинет медицинской сестре, указанной в наряде, нарочно. В случае, предусмотренном абзацем 3 пункта 2.4 Положения, к договору дополнительно прикрепляются письменное согласие законного представителя, а также копии документов, указанные в пункте 1.1. настоящего Порядка.

1.4. После 100% предоплаты пациенту оказывают платные медицинские услуги.

1.5. В случае если:

1.5.1. В процессе лечения происходит изменение лечения в сторону уменьшения стоимости оказываемых платных медицинских услуг, то производится возврат денежных средств. Для этого в наряде для работы в столбце «Выполнено» делают отметки о количестве выполненных услуг и согласовывают возврат денежных средств с заведующим отделением. Пациент обращается в кассу. Кассир составляет дополнительное соглашение на окончательную сумму лечения. И выдает акт выполненных работ по завершению оказания услуг.

1.5.2. В процессе лечения необходимо оказать дополнительные медицинские услуги. Для этого необходимо выписать новый наряд для работы на дополнительное лечение. В кассе оформляется договор и взимается плата за дополнительные услуги по новому наряду. Акты выполненных работ оформляются в кассе по окончании лечения согласно каждому договору об оказании услуг. Дополнительное соглашение в данном случае не составляется.

1.5.3. В процессе оказания платных медицинских услуг меняется полностью лечение (изменяется конструкция и др.). Для этого аннулируется наряд, согласуется возврат денежных средств с заведующим отделением, выписывается новый наряд. Кассир производит возврат денежных средств. Составляет новый договор и взимает плату по наряду согласно измененному плану лечения, выдавая фискальный чек.

## Договор об оказании платных медицинских услуг

г. Ханты-Мансийск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», находящееся по адресу: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.75, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) №1028600508925, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 8601000867 постановка на учет Межрайонной инспекцией Министерства по налогам и сборам России №1 по Ханты – Мансийскому автономному округу, Лицензия (реквизиты действующей лицензии), выданная Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель/Учреждение», в лице главного врача Казаковой Валентины Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка)

*ФИО Пациента (Законного представителя действующего в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица), именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и/или «Законный представитель», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», на основании ч. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» заключили настоящий договор о нижеследующем:*

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту медицинские услуги (далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний, действующим стандартам и порядкам на территории РФ, а Пациент (Законный представитель) обязуется оплатить их в порядке и размере, установленном настоящим Договором.

1.2. Перечень стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ, услуг и их стоимость содержатся в наряде, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Неотъемлемой частью договора является следующий наряд: \_\_\_\_\_.

1.4. Срок оказания услуг с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

1.5. Место оказания услуг: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75

### 2. Права и обязанности сторон

#### 2.1. Пациент (Законный представитель) обязуется:

2.1.1. Ознакомиться на информационных стендах и/или официальном сайте Исполнителя, а в дальнейшем соблюдать действующие правила поведения пациентов в БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника».

2.1.2 До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у Пациента заболеваний, применяемых лекарственных препаратах и/или процедурах, а также другую информацию, влияющую на течение или лечение заболевания.

2.1.3. Дать в письменной форме информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи или отказаться от медицинского вмешательства.



2.1.4. Отказаться на весь курс лечения от употребления наркотических средств и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, спиртных напитков;

2.1.5. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.1.6. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, соблюдать согласованный план лечения, рекомендации лечащего врача, в том числе по назначенным явкам диспансерного наблюдения, предписанного врачом режима при временной утрате нетрудоспособности. В случае несоблюдения вышеуказанных требований, в том числе не соблюдения плана лечения, назначений и рекомендаций лечащего врача, качество лечения может быть снижено, что может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.1.7. Оплатить медицинские услуги в размере, указанном в наряде (п. 1.3. Договора) и в порядке, указанном в п. 4 настоящего Договора.

## **2.2 Пациент (Законный представитель) имеет право:**

2.2.1. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия).

2.2.2. На профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.2.3. На получение от Исполнителя сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.2.4. На получение сведений о специалистах, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

2.2.5. На получение информации о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг.

2.2.6. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья Пациента, течении заболевания, плане лечения, данные результатов дополнительных методов обследования, результаты анализов, а также любую информацию об Исполнителе в рамках действующего законодательства.

2.2.7. На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством.

2.2.8. На выбор лиц, которым в интересах Пациента, Исполнителем может быть передана информация о состоянии его здоровья (от Пациента (Законного представителя) в письменной форме).

2.2.9. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме до момента начала его оказания) и получить обратно уплаченную сумму, за исключением стоимости, оказанных пациенту медицинских услуг на этапе подготовки к медицинскому вмешательству.

2.2.10. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и неразглашения Исполнителем персональных данных Пациента (Законного представителя).

2.2.11. На возмещение вреда, причиненного здоровью, при оказании ему медицинской помощи.

## **2.3. Исполнитель обязуется:**

2.3.1. До заключения договора информировать Пациента (Законного представителя) 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.3.2. Оказать медицинские услуги качественно в соответствии с разрешенными на территории Российской Федерации медицинскими технологиями, действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи и в срок, указанным в данном Договоре.

2.3.3. Гарантировать качество медицинской помощи в соответствии с действующим на территории автономного округа положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в медицинских организациях всех форм собственности Ханты-Мансийского автономного округа – Югры», при условии соблюдения Пациентом требований, заявленных в п. 2.1.6. Договора.

2.3.4. Использовать лекарственные препараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации с соблюдением срока годности и условий хранения.

2.3.5. За период прохождения курса лечения по возможности добиться значительного улучшения состояния здоровья Пациента.

2.3.6. На основании результатов обследований информировать Пациента (Законного представителя) о состоянии здоровья Пациента, дать Пациенту (Законному представителю) разъяснения и рекомендации о необходимости и методах лечения, определить и согласовать с Пациентом (Законным представителем) план лечения.

2.3.7. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну) и не разглашать персональные данные Пациента (Законного представителя).

2.3.8. Разместить на информационных стендах, а также в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» необходимую Пациенту (Законному представителю) информацию: Лицензию на осуществление медицинской деятельности, Положение «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в медицинских организациях всех форм собственности Ханты-Мансийского автономного округа – Югры», Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, Правила поведения пациентов в учреждении, Информацию о ценах и т.д).

2.3.9. В информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах Учреждения предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.3.10. Информировать Пациента (Законного представителя) о стоимости услуги до ее оказания.

2.3.11. Выдать документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

#### **2.4. Исполнитель имеет право:**

2.4.1. Требовать от Пациента (Законного представителя) соблюдения правил поведения пациентов в БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника».

2.4.2. Отказать в гарантийных обязательствах за ранее проведенное лечение, при нарушении пациентом режима лечения, плановых посещений на прием и несоблюдении, не завершении назначенного согласованного плана лечения.

2.4.3. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи, в случаях неисполнения Пациентом врачебных назначений и рекомендаций, некорректного поведения, неоднократных опозданий и неявок на прием.

2.4.4. Не оказывать платную медицинскую помощь при отказе Пациента (Законного представителя) подписывать информированное добровольное согласие и договор об оказании платных медицинских услуг, согласие на обработку персональных данных, а также если Пациент (Законный представитель) находится в алкогольном или наркотическом опьянении.

### **3. Согласие Пациента (Законного представителя) на объем и условия оказываемых платных медицинских услуг**

3.1. В момент подписания настоящего договора Пациент (Законный представитель) информирован о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в Учреждении в рамках программы государственных гарантий оказания медицинской помощи. Подписывая настоящий договор, Пациент (Законный представитель) выражает свое согласие на оказание Пациенту платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

3.2. Подписывая настоящий договор, Пациенту (Законному представителю) разъяснено и им осознанно следующее:

3.2.1. Проводимое лечение не гарантирует 100% результат и при проведении медицинских вмешательств и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

3.2.2. Для получения лучших результатов лечения Пациент должен выполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача Учреждения.

3.2.3. Пациент может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов данных услуг.

3.3. Подписывая настоящий договор Пациент (Законный представитель) согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма Пациента, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

3.4. Подписывая настоящий договор Пациент (Законный представитель) подтверждает, что им добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом выбраны виды медицинских услуг, которые указаны в наряде, являющемся приложением, к настоящему договору, а также выражает свое согласие на их оплату в кассу Учреждения.

3.5. В момент заключения настоящего договора Пациент (Законный представитель) ознакомлен с действующей информацией о ценах на платные стоматологические ортопедические, хирургические, лечебные, ортодонтические услуги, понимает содержащуюся в них информацию и согласен оплатить указанные в наряде медицинские услуги в соответствии с их стоимостью.

3.6. Пациент (Законный представитель) уведомлен, что при возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость медицинских услуг может быть изменена с учетом уточненного диагноза, сложности производимых манипуляций и иных затрат на лечение.

3.7. Пациент (Законный представитель) проинформирован, что по поводу имеющегося у Пациента стоматологического заболевания, последний может получить медицинскую помощь в других медицинских организациях. Пациент (Законный представитель) подтверждает свое согласие на получение указанной медицинской услуги у Исполнителя.

3.8. Подписывая настоящий договор, Пациент (Законный представитель) дает согласие на обработку его персональных данных. С согласия Пациента (Законного представителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

#### **4. Стоимость услуг и порядок платежей**

4.1. Стоимость Услуги устанавливается действующей на момент оказания услуги Информацией о ценах на платные стоматологические ортопедические, лечебные, хирургические, ортодонтические услуги (в российских рублях). Общая стоимость услуг – цена договора предусмотрена в наряде, указанном в п. 1.3 Договора.

4.2. Оплата Услуги осуществляется Пациентом (Законным представителем) в порядке 100% предоплаты до получения Услуги, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичным расчетом через терминал в кассе Исполнителя.

4.3. При возникновении необходимости изменения объема оказываемых медицинских услуг (выполнения дополнительных работ/ уменьшение перечня медицинских услуг) по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена с учетом уточненного диагноза, сложности производимых манипуляций и иных затрат на лечение, с последующим оформлением дополнительного соглашения.

#### **5. Ответственность сторон**

5.1. В случае неоплаты Пациентом (Законным представителем) стоимости Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги, до оплаты последним ее стоимости.

5.2. Исполнитель не несёт ответственности при возникновении медицинских и иных осложнений по вине Пациента, в том числе из-за несоблюдения гигиенических и профилактических мероприятий, неявок Пациента на взаимосогласованные приёмы, в том числе профилактические и диспансерные, не завершения назначенного и согласованного плана лечения. Рекомендуются систематический контроль после окончания стоматологического лечения – 1 раз в год, проведение профессионального гигиенического ухода в Учреждении – в случае установления данной рекомендации врачом.

При несоблюдении вышеуказанных требований и рекомендаций гарантии на стоматологическое лечение аннулируются.

5.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором,

Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров на уровне лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по медицинской части, главного врача. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

### **6. Иные условия и срок действия договора**

6.1. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор, дополнительные соглашения к нему и другие документы, заключаемые между Исполнителем и Пациентом (Законным представителем) в рамках настоящего договора. Оригинал подписи главного врача и его факсимильный оттиск имеют одинаковую юридическую силу. Подпись заверяется печатью Исполнителя.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и завершается после выполнения сторонами своих обязательств.

6.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, один находится у Пациента (Законного представителя), другой - у Исполнителя.

### **7. Подписи сторон**

Исполнитель  
БУ «Ханты-Мансийская клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75  
Тел.: приемная (3467) 960-700,  
регистратура - 960-750

Пациент/ Законный представитель  
Ф.И.О.  
Паспорт серия номер когда и кем выдан  
Адрес:  
Тел.

Главный врач

Подпись \_\_\_\_\_ В.А. Казакова

Подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

## Договор об оказании платных медицинских услуг

г. Ханты-Мансийск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», находящееся по адресу: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.75, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) №1028600508925, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 8601000867 постановка на учет Межрайонной инспекцией Министерства по налогам и сборам России №1 по Ханты – Мансийскому автономному округу, Лицензия (реквизиты действующей лицензии), выданная Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель/Учреждение», в лице главного врача Казаковой Валентины Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка)

*ФИО Пациента (Законного представителя действующего в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограничено дееспособного лица), именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и/или «Законный представитель», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», на основании ч. 5 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» заключили настоящий договор о нижеследующем:*

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту медицинскую услугу – **восстановление формы и цвета зуба (реставрация) материалом светового отверждения**, а Пациент (Законный представитель) обязуется оплатить ее в порядке и размере, установленном настоящим Договором.

1.2. Неотъемлемой частью договора является следующий наряд: \_\_\_\_\_

1.3. Срок оказания услуги с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

1.4. Место оказания услуг: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75

### 2. Права и обязанности сторон

#### 2.1. Пациент (Законный представитель) обязуется:

2.1.1. Ознакомиться на информационных стендах и/или официальном сайте Исполнителя, а в дальнейшем соблюдать действующие правила поведения пациентов в Учреждении.

2.1.2. Сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у Пациента заболеваний, применяемых лекарственных препаратов и/или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание услуги.

2.1.3. Дать в письменной форме информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи или отказаться от медицинского вмешательства.

2.1.4. Выполнять требования медицинского персонала во время всего курса лечения и рекомендации лечащего врача. В случае несоблюдения требований, качество лечения может быть снижено.

2.1.5. Оплатить медицинскую услугу в размере, указанном в наряде (п. 1.2. Договора) и в порядке, указанном в п. 4 настоящего Договора.

**2.2 Пациент (Законный представитель) имеет права, предусмотренные нормами Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также право:**

2.2.1. На получение информации о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг.

2.2.2. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и неразглашения Исполнителем персональных данных Пациента (Законного представителя).

**2.3. Исполнитель обязуется:**

2.3.1. До заключения договора информировать Пациента (Законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского персонала во время всего курса лечения и рекомендации лечащего врача могут снизить качество предоставляемой услуги.

2.3.2. Гарантировать качество медицинской помощи в соответствии с действующим на территории автономного округа положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в медицинских организациях всех форм собственности Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

2.3.3. Использовать лекарственные препараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации с соблюдением срока годности и условий хранения.

2.3.4. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну) и не разглашать персональные данные Пациента (Законного представителя).

2.3.5. Информировать Пациента (Законного представителя) о стоимости услуги до ее оказания.

2.3.6. Выдать документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленной медицинской услуги (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

**2.4. Исполнитель имеет право:**

2.4.1. Требовать от Пациента (Законного представителя) соблюдения правил поведения пациентов в Учреждении;

2.4.2. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи, в случаях неисполнения Пациентом врачебных назначений и рекомендаций, некорректного поведения, неоднократных опозданий и неявок на прием;

2.4.3. Не оказывать платную медицинскую помощь при отказе Пациента (Законного представителя) подписывать информированное добровольное согласие и договор об оказании платных медицинских услуг, согласие на обработку персональных данных, а также если Пациент (Законный представитель) находится в алкогольном или наркотическом опьянении.

### **3.Согласие Пациента (Законного представителя) на объем и условия оказываемых платных медицинских услуг**

3.1. В момент подписания настоящего договора Пациент (Законный представитель) информирован о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в Учреждении в рамках программы государственных гарантий оказания медицинской помощи. Подписывая настоящий договор, Пациент (Законный представитель) выражает свое согласие на оказание Пациенту платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

3.2. Подписывая настоящий договор Пациенту (Законному представителю) разъяснено и им осознанно следующее:

3.2.1. Проводимое лечение не гарантирует 100% результат и при проведении медицинских вмешательств и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

3.2.2. Для получения лучших результатов лечения Пациент должен выполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача Учреждения.

3.2.3. Пациент может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов данных услуг.

3.2.4. Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма Пациента, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

3.3. Пациент (Законный представитель) подтверждает, что им добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом выбраны виды медицинских услуг, которые указаны в наряде, являющемся приложением, к настоящему договору, а также выражает свое согласие на их оплату в кассу Учреждения.

3.4. В момент заключения настоящего договора Пациент (Законный представитель) ознакомлен с действующей информацией о ценах на платные стоматологические услуги, понимает содержащуюся в них информацию и согласен оплатить указанные в наряде медицинские услуги в соответствии с их стоимостью.

3.5. Пациент (Законный представитель) уведомлен, что при возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость медицинских услуг может быть изменена с учетом уточненного диагноза, сложности производимых манипуляций и иных затрат на лечение.

3.6. Пациент (Законный представитель) проинформирован, что по поводу имеющегося у Пациента стоматологического заболевания, последний может получить медицинскую помощь в других медицинских организациях. Пациент (Законный представитель) подтверждает свое согласие на получение указанной медицинской услуги у Исполнителя.

3.7. Подписывая настоящий договор Пациент (Законный представитель) дает согласие на обработку его персональных данных. С согласия Пациента (Законного представителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

#### **4. Стоимость услуг и порядок платежей**

4.1. Стоимость Услуги устанавливается действующей на момент оказания услуги Информацией о ценах на платные стоматологические услуги (в российских рублях). Общая стоимость услуг – цена договора предусмотрена в наряде, указанном в п. 1.2. Договора.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом (Законным представителем) в порядке 100% предоплаты до получения Услуги, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичным расчетом через терминал в кассе Исполнителя.

#### **5. Ответственность сторон**

5.1. В случае неоплаты Пациентом (Законным представителем) стоимости Услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги до оплаты последним ее стоимости.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания Услуги в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

5.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров на уровне лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по медицинской части, главного врача. При невозможности достижения согласия, спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

#### **6. Иные условия и срок действия договора**

6.1. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор, дополнительные соглашения к нему и другие документы, заключаемые между Исполнителем и

Пациентом (Законным представителем) в рамках настоящего договора. Оригинал подписи главного врача и его факсимильный оттиск имеют одинаковую юридическую силу. Подпись заверяется печатью Исполнителя.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и завершается после выполнения сторонами своих обязательств.

6.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, один находится у Пациента (Законного представителя), другой - у Исполнителя.

### 7. Подписи сторон

Исполнитель  
БУ «Ханты-Мансийская клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75  
Тел.: приемная (3467) 960-700,  
регистратура - 960-750

Главный врач

Подпись \_\_\_\_\_ В.А. Казакова

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

Пациент/ Законный представитель  
Ф.И.О.  
Паспорт серия номер когда и кем выдан  
Адрес:  
Тел.

Подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г



**Дополнительное соглашение № \_\_\_\_**  
**к договору об оказании платных медицинских услуг**  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

г. Ханты-Мансийск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», находящееся по адресу: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.75, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) №1028600508925, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 8601000867 постановка на учет Межрайонной инспекцией Министерства по налогам и сборам России №1 по Ханты – Мансийскому автономному округу, Лицензия (реквизиты действующей лицензии), выданная Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель/Учреждение», в лице главного врача Казаковой Валентины Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка)

*ФИО Пациента (Законного представителя действующего в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица*

*ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и/или «Законный представитель», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с п. 4.4. договора об оказании платных медицинских услуг, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:*

1. При оказании платных медицинских услуг, с учетом изменения плана лечения, Стороны приняли решение изменить перечень оказываемых медицинских услуг в соответствии с нарядом № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.
2. Окончательная сумма по договору с учетом уменьшения перечня медицинских услуг, согласно вышеуказанного наряда составляет: \_\_\_\_\_.
3. Стороны не имеют друг к другу претензий по исполнению условий Договора.
4. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания Сторонами.
5. Настоящее соглашение является неотъемлемой частью Договора, составлено на одном листе в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель  
БУ «Ханты-Мансийская клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75  
Тел.: приемная (3467) 960-700,  
регистратура - 960-750

Главный врач

Подпись \_\_\_\_\_ В.А. Казакова  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Пациент/ Законный представитель  
Ф.И.О.  
Паспорт серия номер когда и кем выдан

Адрес:

Тел.:

Подпись \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

**Дополнительное соглашение № \_\_\_\_  
о проведении операции дентальной имплантации  
к договору оказания платных стоматологических услуг  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.**

г. Ханты-Мансийск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», находящееся по адресу: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.75, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) №1028600508925, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 8601000867 постановка на учет Межрайонной инспекцией Министерства по налогам и сборам России №1 по Ханты – Мансийскому автономному округу, Лицензия (реквизиты действующей лицензии), выданная Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Казаковой Валентины Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны,  
и гражданин (ка) *ФИО Пациента (Законного представителя)*  
*действующий (ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:*

*ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:*  
именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и/или «Законный представитель», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

### **1. Предмет дополнительного соглашения**

1.1. Исполнитель обязуется осуществить лечение Пациента с использованием дентальных имплантатов, а Пациент (Законный представитель) обязуется оплатить проведённое лечение и соблюдать все требования Исполнителя, касающиеся как процедуры лечения, так и последующих профилактических мероприятий.

### **2. Обязанности Исполнителя**

2.1. Проинформировать Пациента (Законного представителя) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства.

2.2. Проинформировать Пациента (Законного представителя) о возможных осложнениях стоматологической имплантации как в реабилитационный период, так и в последующее время.

2.3. Проинформировать Пациента (Законного представителя) о количестве имплантатов, подлежащих установке, основываясь на необходимости последующего рационального протезирования.

2.4. Провести операцию имплантации качественно, с соблюдением всех требований и показаний по технологии.

2.5. Обеспечить послеоперационное наблюдение Пациента, включая снятие швов, оказание помощи в случае осложнений.

2.6. Предоставить Пациенту (Законному представителю) всю необходимую информацию по операции, домашнему уходу и возможным осложнениям.

2.7. Проинформировать Пациента (Законного представителя) о гигиене полости рта, схеме диспансерного наблюдения и профилактических мероприятиях при пользовании ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты.

2.8. В случае возникновения осложнений, приведших к удалению имплантата, провести повторную операцию имплантации бесплатно с предоставлением в случае необходимости нового имплантата, либо вернуть Пациенту (Законному представителю) стоимость

медицинской услуги. Пациент (Законный представитель) вправе заявить требование о проведении повторной операции либо о возврате стоимости услуги в течение одного года со дня проведения первоначальной операции при условии строгого соблюдения графика контрольных осмотров и профилактических мероприятий.

### **3. Обязанности Пациента (Законного представителя)**

- 3.1. Совместно с представителем Исполнителя заполнить Анкету о состоянии здоровья.
- 3.2. Ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за объективность информации, указанной в анкете о состоянии здоровья.
- 3.3. Получить весь объём комплексных лечебных мероприятий, связанных с имплантацией, только у Исполнителя.
- 3.4. Надлежащим образом и своевременно выполнять все врачебные рекомендации, данные хирургом по домашнему уходу, гигиене, приёму назначенных препаратов.
- 3.5. Прийти на приём к врачу для снятия швов, для контрольных и профилактических осмотров, для последующих наблюдений, в назначенное время.
- 3.6. В случае возникновения осложнений, связанных с послеоперационным состоянием, или в дальнейшем, незамедлительно обратиться к оперировавшему врачу Исполнителя, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.
- 3.7. Прийти на прием к врачу для диспансерного наблюдения и провести все лечебно-диагностические мероприятия, направленные для продления срока службы имплантата и снижения риска развития осложнений после операции дентальной имплантации.

### **4. Оплата услуг**

- 4.1. Оплата услуг Исполнителя за хирургическое лечение осуществляется Пациентом (Законным представителем) в соответствии с утвержденной Информацией о ценах, на основании предварительного расчёта стоимости, который составляет Исполнитель и подписывает Пациент (Законный представитель) на предварительной консультации.
- 4.2. Пациент (Законный представитель) до операции производит плату в размере 100 % за назначенное хирургическое вмешательство наличными в кассу Исполнителя или безналичным расчетом через терминал в кассе Исполнителя.
- 4.3. Окончательное количество необходимых материалов может определить только врач в ходе операции. Сумма за использованные в ходе операции материалы может превышать оговоренную сумму. Пациент (Законный представитель) подписывает окончательный расчёт стоимости после проведения операции по имплантации и при необходимости осуществляет доплату.

### **5. Особые условия**

- 5.1. Настоящим дополнительным соглашением Пациент (Законный представитель) подтверждает, что он надлежащим образом уведомлён обо всех существенных обстоятельствах проводимого лечения и его возможных последствий, в том числе:
  - 5.1.1. о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства;
  - 5.1.2. об основных преимуществах, недостатках, осложнениях и риске зубной имплантации, а также о том, что успех применяемого метода составляет не менее 95% и в случае неудачи возможно обычное протезирование;
  - 5.1.3. о том, что Пациенту (Законному представителю) известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов;
  - 5.1.4. о том, что предлагаемое Пациенту лечебное мероприятие проводится под местной анестезией;
  - 5.1.5. о том, что во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия;
  - 5.1.6. о том, что в ходе операции может потребоваться дополнительный рентгенологический контроль;
  - 5.1.7. о том, что Исполнитель не несёт ответственности при возникновении медицинских и иных осложнений по вине Пациента, в том числе из-за несоблюдения гигиенических и профилактических мероприятий, а также из-за неявок Пациента на взаимосогласованные приёмы, в том числе профилактические и диспансерные.

Рекомендуется систематический контроль после окончания стоматологического лечения с опорой на дентальные имплантаты: на первом году – через 6 месяцев после фиксации ортопедической конструкции, далее 1 раз в год, а также проведение профессионального гигиенического ухода в Учреждении. Профессиональный гигиенический уход должен осуществляться не реже, чем 1 раз в год. При несоблюдении вышеуказанных требований и рекомендаций гарантии на стоматологическое лечение аннулируются.

Пациенту необходимо соблюдать все рекомендации с целью сохранения гарантии на стоматологическое лечение, так как причиной отторжения имплантатов может послужить возникновение инфекции, что является следствием несоблюдения послеоперационных рекомендаций, гигиены, а также курение, развитие синусита.

5.2. Подписав настоящее дополнительное соглашение Пациент (Законный представитель) выражает своё согласие на то, что тип ортопедической конструкции на имплантатах определяется Исполнителем. Если Заказчик настаивает на конструкции или особенностях, которые по медицинским показаниям недопустимы, договор может быть расторгнут, с оформлением соглашения о расторжении и отнесением на Пациента (Законного представителя) всех финансовых расходов по проведённому лечению.

5.3. Если Пациент (Законный представитель) после операции обратился к другому врачу или в другую медицинскую организацию, где ему провели какое-либо лечение без согласования с лечащим врачом, проводившим операцию у Исполнителя, с последнего снимается ответственность за результат лечения и обязательство о повторной бесплатной установке имплантата в случае его отторжения.

5.4. Настоящее Дополнительное соглашение подготовлено в двух экземплярах, один находится у Пациента (Законного представителя), другой - у Исполнителя.

5.5. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора оказания платных стоматологических услуг. Вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

## 6. Реквизиты сторон

Исполнитель  
БУ «Ханты-Мансийская клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина 75  
Тел.: приемная (3467) 960-700, регистратура -  
960-750  
Главный врач

Подпись \_\_\_\_\_ В.А. Казакова

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

Пациент/ Законный представитель  
Ф.И.О.  
Паспорт серия номер когда и кем выдан

Адрес:

Тел.:

Подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

**Дополнительное соглашение № \_\_\_\_**  
**о проведении операции установки мини-винтов при ортодонтическом лечении**  
**к договору оказания платных стоматологических услуг**  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

г. Ханты-Мансийск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», находящееся по адресу: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.75, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) №1028600508925, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 8601000867 постановка на учет Межрайонной инспекцией Министерства по налогам и сборам России №1 по Ханты – Мансийскому автономному округу, Лицензия (реквизиты действующей лицензии), выданная Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Казаковой Валентины Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны,  
и гражданин (ка) *ФИО Пациента (Законного представителя)*  
*действующий (ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:*

*ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:*  
именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и/или «Законный представитель», с другой стороны,  
в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

### **1. Предмет дополнительного соглашения**

1.2. Исполнитель обязуется осуществить лечение Пациента с использованием мини-винтов, а Пациент (Законный представитель) обязуется оплатить проведённое лечение и соблюдать все требования Исполнителя, касающиеся как процедуры лечения, так и последующих профилактических мероприятий.

### **2. Обязанности Исполнителя**

2.1. Проинформировать Пациента (Законного представителя) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства при ортодонтическом лечении, о возможных осложнениях.

2.2. Согласовать с Пациентом (Законным представителем) количество мини-винтов, подлежащих установке, основываясь на необходимости последующего проведения хирургического этапа при ортодонтическом лечении.

2.3. Организовать лечение Пациента с установкой мини-винтов в количестве, согласованном в п.2.2.

2.4. Провести операцию установки мини-винтов качественно, с соблюдением всех требований и показаний по технологии.

2.5. Обеспечить послеоперационное наблюдение Пациента.

2.6. Предоставить Пациенту (Законному представителю) всю необходимую информацию по операции, домашнему уходу и возможным осложнениям.

2.7. Проинформировать Пациента (Законного представителя) о гигиене полости рта, профилактических мероприятиях при хирургическом этапе ортодонтического лечения.

2.8. В случае возникновения осложнений, приведших к удалению или отторжению мини-винтов, провести повторную операцию бесплатно, с предоставлением в случае необходимости нового мини-винта, либо возратить Пациенту (Законному представителю) стоимость медицинской услуги. Пациент (Законный представитель) вправе заявить требование о проведении повторной операции либо о возврате стоимости услуги в течение одного года со дня проведения

первоначальной операции при условии строгого соблюдения графика контрольных осмотров и профилактических мероприятий.

### **3. Обязанности Пациента (Законного представителя)**

- 3.1. Совместно с представителем Исполнителя заполнить анкету о состоянии здоровья.
- 3.2. Ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за объективность информации, указанной в анкете о состоянии здоровья.
- 3.3. Получить весь объём комплексных лечебных мероприятий, связанных с установкой мини-винтов, только у Исполнителя.
- 3.4. Надлежащим образом и своевременно выполнять все врачебные рекомендации, данные хирургом по домашнему уходу, гигиене, приёму назначенных препаратов.
- 3.5. Прийти на приём к врачу для контрольных и профилактических осмотров, для последующих наблюдений, в назначенное время.
- 3.6. В случае возникновения осложнений, связанных с послеоперационным состоянием, или в дальнейшем, незамедлительно обратиться к оперировавшему врачу Исполнителя, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

### **4. Оплата услуг**

- 4.4. Оплата услуг Исполнителя за хирургическое лечение осуществляется Пациентом (Законным представителем) в соответствии с утвержденной Информацией о ценах, на основании предварительного расчёта стоимости, который составляет Исполнитель и подписывает Пациент (Законный представитель) на предварительной консультации.
- 4.5. Пациент (Законный представитель) до операции производит плату в размере 100 % за назначенное хирургическое вмешательство наличными в кассу Исполнителя или безналичным расчетом через терминал в кассе Исполнителя.
- 4.6. Окончательное количество необходимых материалов может определить только врач в ходе операции. Сумма за использованные в ходе операции материалы может превышать оговоренную сумму. Пациент (Законный представитель) подписывает окончательный расчёт стоимости после проведения операции по установке мини-винтов и при необходимости осуществляет доплату.

### **5. Особые условия**

- 5.1. Настоящим дополнительным соглашением Пациент (Законный представитель) подтверждает, что он надлежащим образом уведомлён обо всех существенных обстоятельствах проводимого лечения и его возможных последствий, в том числе:
  - 5.1.1. о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства;
  - 5.1.2. об основных преимуществах, недостатках, осложнениях при прохождении хирургического этапа ортодонтического лечения, а также о том, что успех применяемого метода составляет не менее 95%;
  - 5.1.3. о том, что Пациенту (Законному представителю) известны другие возможные способы лечения без установки мини-винтов;
  - 5.1.4. о том, что предлагаемое Пациенту лечебное мероприятие проводится под местной анестезией;
  - 5.1.5. о том, что во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия;
  - 5.1.6. о том, что в ходе операции может потребоваться дополнительный рентгенологический контроль;
  - 5.1.7. о том, что Исполнитель не несёт ответственности при возникновении медицинских и иных осложнений по вине Пациента, в том числе из-за несоблюдения гигиенических и профилактических мероприятий, а также из-за неявок Пациента на взаимосогласованные приёмы, в том числе профилактические.
- 5.2. Подписав настоящее дополнительное соглашение Пациент (Законный представитель) выражает своё согласие на проведение хирургического этапа при ортодонтическом лечении. Если Заказчик настаивает на конструкции или особенностях, которые по медицинским показаниям недопустимы, договор может быть расторгнут с оформлением соглашения о

расторжении и отнесением на Пациента (Законного представителя) всех финансовых расходов по проведённому лечению.

5.3. Если Пациент (Законный представитель) после операции обратился к другому врачу или в другую медицинскую организацию, где ему провели какое-либо лечение без согласования с лечащим врачом, проводившим операцию у Исполнителя, с последнего снимается ответственность за результат лечения и обязательство о повторной бесплатной установке мини-винтов в случае его отторжения.

5.4. Настоящее Дополнительное соглашение подготовлено в двух экземплярах, один находится у Пациента (Законного представителя), другой - у Исполнителя.

5.5. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора оказания платных стоматологических услуг. Вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

## 6. Реквизиты сторон

Исполнитель  
БУ «Ханты-Мансийская клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина 75  
Тел.: приемная (3467) 960-700, регистратура -  
960-750  
Главный врач

Подпись \_\_\_\_\_ В.А. Казакова  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Пациент/ Законный представитель  
Ф.И.О.  
Паспорт серия номер когда и кем выдан  
Адрес:  
Тел.:

Подпись \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

**Соглашение о расторжении  
договора об оказании платных медицинских услуг**  
от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

г. Ханты-Мансийск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», находящееся по адресу: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.75, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) №1028600508925, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 8601000867 постановка на учет Межрайонной инспекцией Министерства по налогам и сборам России №1 по Ханты – Мансийскому автономному округу, Лицензия (реквизиты действующей лицензии), выданная Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель/Учреждение», в лице главного врача Казаковой Валентины Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка)

*ФИО Пациента (Законного представителя действующего в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица*

*ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и/или «Законный представитель», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в связи с отказом от медицинского вмешательства, руководствуясь п. 2.2.9. договора, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:*

1. Стороны приняли решение расторгнуть договор об оказании платных медицинских услуг от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. (наряд № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.)

2. Исполнителем подлежит возврату Пациенту сумма в размере \_\_\_\_\_.

3. Стороны пришли к согласию, что сумма за оказанные Пациенту медицинские услуги на этапе подготовки к медицинскому вмешательству возврату не подлежит.

4. Стороны не имеют друг к другу претензий по исполнению условий договора.

5. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания Сторонами.

6. Обязательства сторон по вышеназванному договору прекращаются с момента возврата Пациенту суммы в размере указанной в п.2 настоящего соглашения.

7. Соглашение составлено в двух подлинных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель  
БУ «Ханты-Мансийская клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75  
Тел.: приемная (3467) 960-700,  
регистратура - 960-750

Пациент/ Законный представитель  
Ф.И.О.  
Паспорт серия номер когда и кем выдан  
Адрес:  
Тел.:

Главный врач

Подпись \_\_\_\_\_ В.А. Казакова  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

Подпись \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г



Приложение №8  
к Положению о порядке  
предоставления платных медицинских услуг

Главному врачу  
бюджетного учреждения ХМАО – Югры  
«Ханты-Мансийская клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
В.А. Казаковой

Я, \_\_\_\_\_

*ФИО*

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

на правах законного представителя, что подтверждается копией документа удостоверяющего личность, свидетельства о рождении, выражаю согласие на заключение с бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» (далее – Учреждение) договора на оказание платных медицинских услуг моему несовершеннолетнему ребенку

*ФИО*

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения.

Настоящим даю согласие на совершение всех действий, связанных с заключением указанного договора, в том числе на заключение последующих договоров на оказание платных медицинских услуг.

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

Законный представитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.