

Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, на качестве медицинских услуг.

ФИО

подпись

расшифровка подписи

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Люберцы

« ____ » _____ 2025 г

Общество с ограниченной ответственностью «Хорошее настроение 5+» (далее – ООО «Хорошее настроение 5+») ИНН 5027263197, ОГРН 1185027007054 (зарегистрировано 03.04.2018 года Межрайонной Инспекцией Федеральной налоговой службы № 23 по г. Московской области), 140002, Московская область, г. Люберцы, п. Калинина, д. 50 пом. 006, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией Л041-01162-50/00344376 от 14.02.2019 года выданной Министерством здравоохранения Московской области, 143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1; 8 (498) 602-03-03 с перечнем услуг в **Приложении № 1** к настоящему Договору, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Доровских Елены Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны,

и (ФамилияИмяОтчество), (в дальнейшем «Потребитель»), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Основные понятия по договору.

«Платные медицинские услуги» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее – Договоры).

«Заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя.

«Потребитель» – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закона «О защите прав потребителей».

«Исполнитель» – медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1. Предмет договора.

1.1. По настоящему Договору Потребитель поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных стоматологических медицинских услуг, а Потребитель обязуется оказанные услуги оплатить в порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором.

1.2. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить стоматологические медицинские услуги при наличии медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг и оплатить их согласно действующему прейскуранту.

1.3. При отказе Потребителя от подписания настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, а также информированного добровольного согласия, услуги Потребителю не оказываются.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

2.1. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора, информирован (а) и знает, что имеет право на получение аналогичной бесплатной медицинской помощи в соответствии с частью 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации об утверждении Программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также в соответствии с Территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на действующий период в соответствующем учреждении по месту жительства.

2.2. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что до заключения договора Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного плана лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций (при их наличии), с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.4. Медицинские услуги также могут оказываться Исполнителем в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя и/или Заказчика.

2.5. Лечащий врач, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования (сбора анамнеза, в том числе с использованием Анкеты – приложение № 2 к настоящему Договору) и осмотра Потребителя, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя

и получает от него Информированное добровольное согласие, составляет и согласовывает (предварительный) План лечения (**Приложение № 3** к настоящему Договору), после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с (предварительным) Планом лечения.

2.6. После проведенного обследования и диагностики, лечащим врачом составляется План лечения с указанием перечня оказываемых медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором, а также сроком их исполнения, и их стоимостью.

2.7. Срок оказания медицинских услуг зависит от состояния здоровья Потребителя, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания платных медицинских услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врача.

2.8. План лечения и изменения к нему составляются в письменной форме и подписываются Сторонами настоящего Договора в новой редакции, без подписания дополнительного соглашения к настоящему Договору.

2.9. Подписывая Договор, Потребитель подтверждает, что предварительно ознакомился с перечнем и стоимостью оказываемых медицинских услуг, Положением о гарантиях на оказанные медицинские стоматологические услуги, Правилами оказания платных медицинских услуг, а также с Правилами поведения пациентов, и обязуется их соблюдать.

2.10. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Потребителя, оказание платных медицинских услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг. При этом с Потребителя удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы.

2.11. Услуги предоставляются Потребителю при его личном обращении, в порядке предварительной записи Потребителя на прием, в соответствии с положениями настоящего договора, графиком работы Исполнителя и в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).

Предварительная запись осуществляется через регистратуру лично, либо посредством телефонной связи по номеру телефона Исполнителя, указанном в настоящем Договоре.

2.12. Исполнитель не вправе без согласия Потребителя оказывать дополнительные медицинские услуги, за исключением случаев, когда имеется риск для жизни и здоровья Потребителя.

3. Права и обязанности сторон.

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги Потребителю в соответствии с медицинскими показаниями.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам оказания медицинской помощи пациентам, клиническим рекомендациям и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Потребителя с подробной информацией о предоставляемых платных медицинских услугах, плане лечения и стоимости услуг, условиях предоставления медицинских услуг и предоставляемых гарантиях. При необходимости изменении Плана лечения и стоимости услуг проинформировать Потребителя и предоставить дополнительные услуги с его согласия. В случае отказа Потребителя от дальнейшего лечения, Потребитель направляет в адрес Исполнителя письменный отказ от дальнейшего получения платных медицинских услуг (**Приложение № 4** к настоящему Договору).

3.1.4. Соблюдать сроки оказания медицинских услуг согласно Плана лечения.

3.1.4. Обеспечить безопасность предоставляемых платных медицинских услуг.

3.1.5. Информировать Потребителя об изменении прейскуранта цен на медицинские услуги за 30 (Тридцать) рабочих дней до введения его в действие.

3.1.6. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных Потребителя (за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ).

3.1.7. Обеспечивать при оказании услуг в рамках настоящего Договора использование разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования и т.п.

3.1.8. В случае временного отсутствия специалиста, либо наступления обстоятельств, технических или иных обстоятельств, которые в случае наступления могут повлиять на качество оказываемых услуг или повлечь за собой невозможность их исполнения, Исполнитель обязан не позднее, чем за 4 часа до приема, уведомить Потребителя о таком случае и при согласии последнего записать его на прием к другому специалисту, либо перенести запись на другой день.

3.1.9. Предупреждать Потребителя (устно и/или письменно (в виде плана лечения) о необходимости предоставления дополнительных услуг.

3.2 Потребитель обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, в том числе об аллергических реакциях организма, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Подписать настоящий Договор об оказании платных медицинских услуг, предварительный План лечения с указанием перечня, стоимости и сроков оказания платных медицинских услуг, акты приемки-сдачи оказанных платных медицинских услуг (выполненных работ) и иные приложения к Договору, связанные с оказанием и оплатой медицинских услуг.

3.2.3. Подписывать согласие на обработку персональных данных (**Приложение № 5**), необходимых только для исполнения настоящего Договора.

3.2.4. Соблюдать Правила внутреннего распорядка, установленные в ООО «Хорошее настроение 5+», в том числе являться на прием к врачу за 10 минут до назначенного времени.

- 3.2.5. Во время действия настоящего Договора уведомлять лечащего врача о приеме препаратов, назначенных специалистами других медицинских учреждений, о получении стоматологических услуг в других медицинских учреждениях.
- 3.2.6. В случае изменения состояния здоровья, связанного, по мнению Потребителя, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя.
- 3.2.7. Оплатить все оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 3.2.9. Посещать поликлинику Исполнителя 2 раза в год для планового профилактического осмотра, если иное не рекомендовано врачом.

3.3 Исполнитель имеет право:

- 3.3.1. Изменять по медицинским показаниям (предварительный) План лечения, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг, предварительно уведомив Потребителя об этом.
- 3.3.2. Направлять Потребителя с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из иных медицинских учреждений для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.
- 3.3.3. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные медицинские стоматологические услуги (работы).
- 3.3.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания платных медицинских стоматологических услуг.
- 3.3.5. Отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.
- 3.3.6. Требовать от Потребителя предоставления всей достоверной информации о состоянии здоровья, противопоказаниях, известных ему аллергических реакциях, необходимой для оказания ему платных медицинских услуг.
- 3.3.7. Приостановить оказание услуг, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего исполнения услуги.
- 3.3.8. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя.
- 3.3.9. Требовать своевременной и полной оплаты за оказанные медицинские услуги в сроки и на условиях, определенных настоящим Договором.

3.4 Потребитель имеет право:

- 3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
- 3.4.2. Знакомиться с оригиналом медицинской документации, получать копии медицинской документации, результатов обследований в соответствии с требованиями действующего законодательства.
- Потребитель имеет право после исполнения Договора Исполнителем получить копии медицинских документов, выписок из медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, направив Исполнителю заявление по форме, согласно **Приложению № 6**.
- 3.4.3. Расторгнуть Договор и отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по договору.

4. Порядок оплаты

- 4.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется в утвержденном Прейскуранте на дату оказания таких услуг. Гарантия сохранения стоимости услуг сохраняется только при согласии Потребителя на внесение предоплаты за оказываемые услуги, предусмотренные перечнем, и оплате этих услуг авансом.
- 4.2. Прейскурант является официально утвержденным документом Исполнителя и предусматривает конкретный перечень и стоимость медицинских услуг, и доступен для ознакомления на сайте Исполнителя, находится на информационных стендах (стойках) Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ним Потребителя (Законного представителя, Заказчика).
- 4.3. В период действия настоящего Договора стоимость оплаченных услуг может быть изменена Исполнителем только по согласованию с Потребителем.
- 4.4. При возникновении необходимости, для качественного оказания медицинской услуги, не предусмотренной настоящим договором, она выполняется с согласия Потребителя, и с оплатой в соответствии с прейскурантом Исполнителя.
- 4.5. Потребитель производит оплату медицинских услуг согласно Прейскуранту цен, действующему у Исполнителя на момент оплаты. Оплата медицинских услуг осуществляется одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет (в том числе с применением QR-кода), с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.
- 4.6. Согласно Плана лечения медицинские стоматологические услуги по терапии, хирургии оплачиваются в полном размере в день их оказания или в день проведения лечения до начала оказания услуги.
- При выполнении работ по ортодонтии, ортопедии Потребителем производится предоплата работ в размере 50% их стоимости в день начала лечения. Оставшиеся 50% должны быть оплачены к моменту окончания лечения, сдачи работы.
- 4.7. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Потребителя, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный планом лечения, сократится либо оказание платных медицинских услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения (протезирования) окажется невозможным, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг. При этом с Потребителя удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, оплаченной Потребителем за медицинские услуги, предусмотренные

планом лечения (с изменениями, при наличии) возвращается Потребителю на основании письменного заявления последнего в течение 10 (Десяти) дней с даты получения такого заявления Исполнителем.

4.8. В случае, отказа Потребителя от продолжения лечения (протезирования) путем подачи письменного заявления в любое время до момента начала оказания платных медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора. При этом с Потребителя удерживается сумма за уже оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, внесенной за медицинские (стоматологические) услуги, предусмотренные планом лечения (с изменениями, при наличии) возвращается Потребителю на основании заявления последнего в течение 10 (Десяти) дней с даты получения такого заявления Исполнителем.

4.9. В случае предшествующей отмены записи на прием к врачу-специалисту без предварительного уведомления об этом Исполнителя, а также в иных случаях, Исполнитель вправе осуществить запись на прием врача-специалиста на условиях оплаты стоимости услуги Потребителем в виде аванса. Денежные средства, оплаченные Потребителем авансом, подлежат возврату в порядке, предусмотренном пп. 4.7 – 4.8 настоящего Договора.

5. Ответственность сторон

5.1. За нарушение прав потребителя медицинской услуги, за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящим договором.

5.2. В случае неоплаты Потребителем уже оказанных платных медицинских услуг, Исполнитель оставляет за собой право обратиться в судебные органы с требованиями о возмещении расходов.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

6. Порядок разрешения споров.

6.1. Понимая субъективность оценки результатов стоматологических медицинских услуг, в том числе в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, стороны договорились проводить оценку результатов оказанных медицинских услуг путем проведения заседаний Врачебной комиссии (ВК) Исполнителя с предварительным уведомлением Потребителя о дате и времени проведения ВК. В случае необходимости к проведению оценки качества оказанных медицинских услуг могут быть привлечены сторонние специалисты и эксперты.

6.2. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в суде по правилам подведомственности и подсудности, установленными законодательством Российской Федерации.

6.3. Потребитель вправе направить жалобу (обращение) по факту оказания некачественно оказанных Исполнителем платных медицинских услуг в Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Московской области в г.о. Люберцы, Раменский, Бронницы, Дзержинский, Жуковский, Котельники, Лыткарино по адресу: Московская обл., Люберцы г., ул. Мира, 10, E-mail: 7@50.rosпотребнадzor.ru

7. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем на овеществленные результаты услуг.

7.1. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществленный результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п.

На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не овеществленные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг.

7.2. Исполнителем устанавливаются гарантийные сроки службы на виды работ, с которыми Потребитель ознакомлен при подписании настоящего Договора.

8. Прочие условия

8.1. Перечень, сроки, объем и стоимость медицинских услуг согласовываются сторонами письменно в приложениях к настоящему Договору.

8.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

8.3. Подписывая данный Договор, Потребитель подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения.

8.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

9. Срок действия, изменение и расторжение Договора

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до «__» _____ 20__ г.

9.2. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления письменного дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

9.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Потребителя, по обоюдному согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, либо в спорных случаях – через суд согласно действующему законодательству Российской Федерации.

9.4. Настоящий Договор заключается в 2 (Двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон. Все Приложения, подписанные сторонами, со ссылкой на номер и дату настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

10. Приложения к договору:

- 10.1 – Приложение № 1 – Копия лицензии
- 10.2. - Приложение № 2 – Анкета пациента
- 10.3 – Приложение № 3 – План лечения
- 10.4. – Приложение № 4 – Отказ от дальнейшего предоставления платных медицинских услуг
- 10.5 – Приложение № 5 - Согласие на обработку персональных данных
- 10.6 – Приложение № 6 – Форма заявления о предоставлении копий медицинских документов (выписка из них)

| Исполнитель | Потребитель |
|---|--|
| <p>ООО «Хорошее настроение5+»</p> <p>ОГРН 1185027007054, ИНН/КПП 5027263197/502701001</p> <p>Юридический адрес: 140002 Московская область, Люберецкий район, г.Люберцы, поселок Калинина 50, пом.006</p> <p>Фактический адрес: 140002 Московская область, Люберецкий район, г.Люберцы, поселок Калинина 50</p> <p>Расчётный счёт 40702810140000027678 в ПАО Сбербанк БИК 044525225 к/с30101810400000000225</p> <p>Адрес эл. почты hn.plus@yandex.ru Сайт https://good-stom.ru Телефоны 89032476651 84956476651</p> <p>Генеральный директор _____/Доровских Е.В./</p> | <p>ФамилияИмяОтчество</p> <p>Дата рождения, паспортные данные, адрес регистрации (места жительства), адрес для переписки, номер телефона</p> <p>_____/ФИО/</p> |

Анкета здоровья пациента

ФИО пациента _____

Обведите кругом правильный вариант ответа. Вопросы имеют непосредственное отношение к состоянию Вашей полости рта и определяют возможность и надежность стоматологического лечения.

ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ

| | | |
|---|----|-----|
| Испытываете ли Вы страх перед стоматологическим лечением? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас неблагоприятный опыт предыдущего лечения? | ДА | НЕТ |
| Были ли у Вас осложнения после стоматологических вмешательств? | ДА | НЕТ |
| Были ли когда-нибудь негативные последствия после проведения местной анестезии, например аллергия? | ДА | НЕТ |
| Проводилось ли когда-нибудь ортодонтическое лечение или избирательное пришлифовывание? | ДА | НЕТ |
| Кровь сворачивается быстро или есть проблемы со свертываемостью крови? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас аллергические реакции на металлы (кобальт-хром, никель-титан, оксид циркония, оксид алюминия, полевошпатная керамика) ИЛИ НА АНТИБИОТИКИ? | ДА | НЕТ |

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

| | | |
|---|----|-----|
| Гипертонические кризы | ДА | НЕТ |
| Нарушение сердечного ритма и проводимости | ДА | НЕТ |
| Операции на сердце | ДА | НЕТ |

ПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Женщины

| | | |
|---|----|-----|
| Вы беременны или кормите грудью? | ДА | НЕТ |
| Принимаете ли вы внутрь контрацептивы или гормональные препараты? | ДА | НЕТ |

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

| | | |
|--|----|-----|
| Отмечаете ли вы частый пульс, чувство жара, потливость, раздражительность? | ДА | НЕТ |
| Легко ли вы переносите холод или жару? | ДА | НЕТ |
| Болеете ли вы сахарным диабетом? | ДА | НЕТ |
| Болел ли сахарным диабетом кто-либо в семье? | ДА | НЕТ |
| Часто ли вы испытываете жажду, сухость языка? | ДА | НЕТ |
| Отмечаете ли вы снижение вкусовой чувствительности? | ДА | НЕТ |
| Нет ли у вас заболевания пародонта и не наблюдается ли кровотечение из десен при чистке зубов? | ДА | НЕТ |

ПРИКУС И ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ

| | | |
|--|----|-----|
| Есть ли у Вас проблемы с челюстным суставом (боль при открывании рта, шумы в ушах, ограничение открывания рта, щелчки при открывании рта и зевании)? | ДА | НЕТ |
|--|----|-----|

| | | |
|--|----|-----|
| Имеете ли Вы проблемы с дикцией? | ДА | НЕТ |
| Отмечаете ли Вы, что стараетесь найти наиболее комфортное положение челюстей при смыкании зубов? | ДА | НЕТ |
| Испытываете ли Вы трудности с жеванием или избегаете ли Вы жвачку, морковь, орехи, сухари или другую твердую или сухую пищу? | ДА | НЕТ |
| Изменились ли Ваши зубы за последние 5 лет, стали короче, тоньше или произошло истирание зубов? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас скученность зубов или щели между зубами? | ДА | НЕТ |
| Стискиваете ли Вы зубы или скрепите зубами днем или ночью? | ДА | НЕТ |
| Страдаете ли Вы головной болью (мигренью)? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас такие привычки, как например, грызть ногти, разгрызать лед, держать зубами предметы? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас проблемы со сном, просыпаетесь ли Вы с головной болью или чувством ошущения собственных зубов? | ДА | НЕТ |
| Носите ли Вы или носили когда-нибудь каппы? | ДА | НЕТ |

ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЫБКИ

| | | |
|---|----|-----|
| Вы хотите изменить что-нибудь во внешнем виде Ваших зубов? | ДА | НЕТ |
| Вы когда-нибудь отбеливали зубы? | ДА | НЕТ |
| Чувствуете ли Вы дискомфорт, неуверенность, стеснение из-за того, как выглядят Ваши зубы? | ДА | НЕТ |
| Были ли Вы когда-нибудь разочарованы результатом предыдущих стоматологических пломб, коронок? | ДА | НЕТ |
| Мы восстанавливаем улыбку, которая у Вас была раньше, или создаем такую, которой у Вас никогда не было? | ДА | НЕТ |

СТРУКТУРА ЗУБОВ

| | | |
|--|----|-----|
| Лечили ли Вы зубы от кариеса в последние 3 года? | ДА | НЕТ |
| Страдаете ли Вы сухостью полости рта? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас чувствительность зубов на горячее, холодное или сладкое, как при пережёвывании, так и при приеме жидкости? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас какие-либо углубления, зазубрины или трещины на зубах рядом с дёснами? | ДА | НЕТ |
| У Вас когда-либо ломались или трескались зубы, выпадали пломбы? | ДА | НЕТ |
| Застревает ли пища между зубами, как регулярно? | ДА | НЕТ |

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

| | | |
|---|----|-----|
| Кровоточат ли десны во время еды, чистки щеткой или зубной нитью? | ДА | НЕТ |
| Проводилось ли когда-либо лечение десен? | ДА | НЕТ |

| | | |
|--|----|-----|
| Вы когда-либо ощущали неприятный привкус во рту или неприятный запах? | ДА | НЕТ |
| Страдает ли кто-нибудь из Ваших родственников заболеваниями дёсен? | ДА | НЕТ |
| Отмечали ли Вы увеличение видимой длины коронки зуба (рецессия десны)? | ДА | НЕТ |
| Выпадали ли у Вас зубы? | ДА | НЕТ |
| Не возникало ли у ВАС чувство жжения в полости рта? | ДА | НЕТ |

| | | |
|---|----|-----|
| Когда Вам проводилось последнее стоматологическое лечение и что было выполнено? | | |
| Остались ли вы довольным результатом последнего стоматологического лечения? | ДА | НЕТ |
| Какова причина обращения к стоматологу сейчас? | | |
| Вам кажется, что лечение необходимо? | ДА | НЕТ |

Выезжали ли Вы за пределы РФ в течение последних трех месяцев? ДА / НЕТ

Если выезжали, укажите страну _____

При ответе на вопросы данной Анкеты я сообщил(а) правдивые сведения. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

Отвечая на вопросы в Анкете, я осознаю, что

- успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма.
- сообщаемые мной сведения составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.
- сведения о состоянии здоровья необходимо периодически обновлять.
- результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.
- гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу (услугу) будут определяться с учетом моего здоровья.
- в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне нужно сообщать об этом врачу.

Я информирован(а) о необходимости выполнения ортопантограммы или дентальной компьютерной томографии перед стоматологическим лечением и о том, что при необходимости дополнительно могут понадобиться прицельные рентгеновские снимки зубов.

Дата « ____ » _____ 202__ г.

Подпись пациента, расшифровка _____

| ФИО врача стоматолога, ознакомившегося с медицинской анкетой | Дата | Подпись |
|--|------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Приложение № 3
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
 № _____ от « ____ » _____ 202__ г.

План лечения
(предварительный, промежуточный, основной)
 (нужное подчеркнуть)

« ____ » _____ 202__ г.

Пациент: _____,
 дата рождения « ____ » _____ года

1. Оказание неотложной помощи _____

 (указать номер зуба, методы снятия острого состояния)

2. Профилактические мероприятия _____

 (указать какие именно)

3. Терапевтическое лечение:

| | Наименование манипуляции | № зуба | Количество | Дата (примерные сроки, в зависимости от степени подготовки пациента к манипуляции) | Ориентировочная стоимость, руб. |
|---|--------------------------|--------|------------|--|---------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

4. Хирургическое лечение:

| | Наименование манипуляции | № зуба | Количество | Дата (примерные сроки, в зависимости от степени подготовки пациента к манипуляции) | Ориентировочная стоимость, руб. |
|---|--------------------------|--------|------------|--|---------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

5. Ортопедическое лечение:

| | Наименование манипуляции | № зуба | Количество | Дата (примерные сроки, в зависимости от степени подготовки пациента к манипуляции) | Ориентировочная стоимость, руб. |
|---|--------------------------|--------|------------|--|---------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

6. Ортодонтическое лечение: _____

7. Дополнительные диагностические мероприятия _____

8. Консультации других специалистов: _____

Предварительный план составил врач _____ / _____ /

После осмотра мной врачом и беседы с ним мне понятен план, объем лечения, возможная необходимость дополнительного обследования, сроки лечения. Я получил(а) ответы на все интересующие меня вопросы и доверяю квалификации врача.

С предварительным планом лечения и ориентировочной стоимостью согласен(на).

Врачом до моего сведения доведена информация, что данный план лечения является предварительным, в результате оказания услуг возможно его изменение и корректировка.

Также до моего сведения доведено врачом, что в случае если я не начну лечение согласно составленного плана в течение 1 (одного) месяца, мне понадобится повторная консультация врача-стоматолога и в план лечения могут быть внесены изменения.

_____ / _____ / «__» _____ 202_ г.

**Приложение № 4
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
№ _____ от «___» _____ 202_ г.**

(разработано на основе Приложения N 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021г. № 1051н, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

дата рождения «___» _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

_____,
(адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: _____

_____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

отказываюсь от медицинской услуги _____, В
ООО «Хорошее настроение 5+», а также отказываюсь от видов 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. N 390н.

До момента отказа от платной медицинской услуги, мне разъяснено и мною осознано следующее:

Мне разъяснена информация о конкретном медицинском работнике (враче), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу от имени Исполнителя (его профессиональном образовании и квалификации)

Я согласен (а) с тем, что используемая технология оказания данного вида платных медицинских услуг не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана качественно и с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения наилучших результатов проводимой процедуры я должен (на) соблюдать все назначения, рекомендации и советы врача (как устные, так и письменные). Я подтверждаю, что меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей, 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 моем состоянии здоровья.

До моего сведения доведено, что данный вид платных медицинских услуг не связан с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нем не является абсолютной.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа. Доктор поставил мне (моему представляемому) следующий диагноз: _____

(заполняется врачом)

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств (медицинских услуг), в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), а именно: _____

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Подпись потребителя: _____ / _____ / «___» _____ 20_ г.
(подпись) (ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____ / «___» _____ 20_ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 5
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
№ _____ от «___» _____ 202__ г.

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, **(ФамилияИмяОтчество)**, проживающий(ая) по адресу **(АдресРегистрации)**, паспорт **(СерияНомерПаспорта)**, выдан **(КемКогдаВыдан)**, в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» (далее – Закон), в целях предоставления мне медицинских услуг,

даю согласие **Общество с ограниченной ответственностью «Хорошее настроение 5+»** (далее – **ООО «Хорошее настроение 5+»**) **ИНН 5027263197, ОГРН 1185027007054** (зарегистрировано **03.04.2018** года **Межрайонной Инспекцией Федеральной налоговой службы № 23 по г. Московской области**), **140002, Московская область, г. Люберцы, п. Калинина, д. 50 пом. 006, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией Л041-01162-50/00344376 от 14.02.2019** года (далее – **Оператор**) на обработку персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактная информация (номер телефона и e-mail, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с использованием бумажных и электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

В соответствии с требованиями указанного Закона подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных **Оператором** при условии, что их обработка осуществляется лицом, являющимся сотрудником **ООО «Хорошее настроение 5+»** и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие **Оператора** со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения амбулаторной медицинской карты. По истечении указанного срока хранения персональных данных **Оператор** обязан уничтожить все персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Я согласен (а) со следующими действиями с персональными данными:

- Обработка персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
- Обработка персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Я уведомлен(а) о том, что в случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор с целью выполнения требований федерального законодательства вправе продолжать обработку персональных данных в течение срока и в объеме, установленным законодательством.

Оператор обязан прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, установленного законодательством для уничтожения или передачи персональных данных в архив.

Настоящее согласие на обработку персональных данных в ООО «Хорошее настроение 5+» дано мной добровольно, свободно, своей волей и в своих интересах. Я, находясь в сознании, понимая значение своих действий и не ошибаясь в отношении согласия, подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с тем, как это описано выше.

Настоящее согласие действует с даты его подписания до даты его отзыва или до окончания срока хранения медицинской документации в ООО «Хорошее настроение 5+» в соответствии с требованиями действующего законодательства.

« _____ » _____ 202_г.

(ФамилияИО)/ _____
подпись

Приложение № 5
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
№ _____ от «_____» _____ 202__ г.

Генеральному директору (главному врачу)
ООО «Хорошее настроение 5+»

От _____

Зарегистрированной(го) по адресу:

паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

« _____ » _____ года

Адрес для переписки: _____

№ телефона _____

Заявление

Прошу выдать на бумажном носителе мне следующие медицинские документы (их копии) или выписки

из них:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

(ФИО пациента)

(подпись пациента)

« _____ » _____ 20__ г.

(дата запроса)