

## Информированное добровольное согласие на лечение кариеса, некариозных поражений, проведение эндодонтического лечения.

1. Я, \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество Пациента или его Представителя полностью (нужное подчеркнуть)

перед началом лечения кариеса, некариозных поражений, эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

получил(а) от моего лечащего врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью

всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Лечащий врач осмотрел полость рта, разъяснил на основании данных диагностики преимущества и сложности выбранного метода лечения. Я (Представитель) согласен(на), доверяю и предоставляю право лечащему врачу \_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью

провести лечение кариеса \_\_\_\_\_,  
некариозных поражений, эндодонтического лечения \_\_\_\_\_

2. Терапевтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, но является вмешательством в мой организм, и, как любое медицинское вмешательство, не может иметь стопроцентной гарантии на успешный результат. Даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов лечения. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма я (Представитель) согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Мне объяснили, что при лечении корневых каналов имеется определённый процент неудач. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструмента, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, инструмент может перфорировать стенку корня зуба, данные осложнения могут привести к потере зуба.

3. При успешном завершении лечения кариеса и эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению или перелому в будущем.

4. Мне известно, что в ходе лечения, возможно, будет применена анестезия \_\_\_\_\_

(вид анестезии)

выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии.

5. Я (Представитель) осведомлён(а) обо всех возможных осложнениях во время анестезии, приёме анальгетиков и антибиотиках, аллергических реакциях, и сообщу лечащему врачу: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. врача)

о всех имевших место аллергических и необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, кровотечениях, болезнях крови или других состояниях, касающихся моего здоровья и сопутствующих заболеваниях.

6. Настоящее информированное добровольное согласие содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я (Представитель) ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) дать своё согласие на проведение данного медицинского вмешательства либо отказаться от него.

7. Моё решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное добровольное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись Пациента ( Представителя) \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Настоящим я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Пациента)

подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, 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.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Договор № \_\_\_\_\_**

**оказания платных медицинских услуг**

г. Светлый

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_

\_\_\_\_\_, именуем\_\_ в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ»,

(Ф. И. О.)

с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «СПЕКТР», именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ»

в лице Исполнительного директора Станкевич Светланы Васильевны, действующее на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать ПОТРЕБИТЕЛЮ медицинские услуги в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности на условиях, определенных настоящим Договором, а ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Конкретный перечень оказываемых медицинских услуг, условия и сроки оказания медицинских услуг, их стоимость с указанием цен в рублях определяются ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ПОТРЕБИТЕЛЕМ путем оформления гарантийного талона, который является неотъемлемой частью договора.

## 2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

2.1. Сроки предоставления платных медицинских услуг устанавливаются согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания стоматологической помощи. Официальный интернет-портал правовой информации ( [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru))

2.2. Медицинские услуги предоставляются ИСПОЛНИТЕЛЕМ при наличии информированного добровольного согласия ПОТРЕБИТЕЛЯ.

2.3. Стороны соглашаются с тем, что ПОТРЕБИТЕЛЬ информирован о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения ПОТРЕБИТЕЛЯ в медицинских организациях, с тем, что ПОТРЕБИТЕЛЬ информирован ИСПОЛНИТЕЛЕМ о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет платные медицинские услуги ПОТРЕБИТЕЛЮ на основании желания ПОТРЕБИТЕЛЯ получить конкретную услугу именно на платной основе в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе ПОТРЕБИТЕЛЯ в виде осуществления отдельных консультаций. При оказании медицинской помощи ИСПОЛНИТЕЛЕМ соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством Здравоохранения РФ.

2.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает услуги в соответствии с Лицензией на медицинскую деятельность № ЛО-39-01-001686 от 17.02.2017г., выданной Министерством Здравоохранения Калининградской области, место нахождения: 236006, г. Калининград, Московский проспект, 95, телефон 46-53-11, телефон горячей линии (4012)46-53-43 срок действия – бессрочно. Перечень работ (услуг) в соответствии с Лицензией: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической.

2.6. При заключении договора ПОТРЕБИТЕЛЮ предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи.

2.7. Стоимость медицинской помощи или цена отдельной медицинской услуги, предоставляемой ИСПОЛНИТЕЛЕМ, определяется из утвержденного Исполнительным директором ООО МЦ «СПЕКТР» прейскуранта.

2.8. При необходимости ПОТРЕБИТЕЛЮ могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень, стоимость, условия и сроки ожидания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

### 3. Права и обязанности сторон.

#### 3.1 ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

3.1.1. Организовывать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с законами Российской Федерации, в том числе в соответствии с положениями об организации осуществления

медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учётом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить ПОТРЕБИТЕЛЯ бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. После оказания услуг ИСПОЛНИТЕЛЬ выдаёт ПОТРЕБИТЕЛЮ(законному представителю) по требованию медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

3.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги ИСПОЛНИТЕЛЯ в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Информировать ИСПОЛНИТЕЛЯ о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» соблюдать режим лечения и правила поведения в медицинской организации.

3.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

3.3.1. Получать от ПОТРЕБИТЕЛЯ информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право:

3.4.1. Получать от ИСПОЛНИТЕЛЯ услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. ПОТРЕБИТЕЛЬ и ИСПОЛНИТЕЛЬ обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Оплата ПОТРЕБИТЕЛЕМ услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ осуществляется в день получения медицинских услуг в размере полной стоимости услуг по расценкам действующего на момент оказания услуг прейскуранта.

4.2. При оказании услуг, связанных с протезированием, ПОТРЕБИТЕЛЬ оплачивает не менее 30 (тридцати) процентов стоимости лечения в виде предоплаты на организацию работ, непосредственно после обработки зубов под протезирование, оставшаяся стоимость оплачивается ПОТРЕБИТЕЛЕМ после установки ортопедической конструкции в полости рта (временной, либо постоянной фиксацией)

4.3. Оплата производится ПОТРЕБИТЕЛЕМ путем внесения денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ.

5. Порядок и условия выдачи медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов)

5.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ после исполнения договора выдает медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) в виде:

- записи приема (осмотра, консультации) первичного, вторичного (по требованию ПОТРЕБИТЕЛЯ);
- записи приема (осмотра, консультации) с диагностикой и (или) лечением (по требованию ПОТРЕБИТЕЛЯ);
- протокола рентгенологического исследования с изображением, полученным при проведении рентгенологического исследования (по требованию ПОТРЕБИТЕЛЯ)

6. Ответственность сторон

6.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность перед ПОТРЕБИТЕЛЕМ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни ПОТРЕБИТЕЛЯ.

6.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. В случае если при оказании услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан предупредить об этом ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА). Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительных соглашений к договору, либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

7. Порядок разрешения споров

7.1. Все споры и (или) разногласия между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ПОТРЕБИТЕЛЕМ, вытекающие из настоящего договора или с ним, разрешаются путём переговоров между сторонами.

7.2. В случае невозможности достижения согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством. Срок рассмотрения претензий сторон друг другу устанавливается равным 10 дням.

7.3. При возникновении претензий по качеству оказанной медицинской услуги ПОТРЕБИТЕЛЬ подаёт её в письменной форме на почтовый адрес или адрес электронной почты ИСПОЛНИТЕЛЯ, указанные в разделе Договора «Реквизиты сторон». В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации ПОТРЕБИТЕЛЯ (Ф.И.О., дата предоставления медицинской услуги и её вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с ПОТРЕБИТЕЛЕМ (телефон, адрес электронной почты).

7.4 В случае поступления претензии ПОТРЕБИТЕЛЯ, ИСПОЛНИТЕЛЬ направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований ПОТРЕБИТЕЛЯ Законом РФ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – заказным письмом с уведомлением о вручении, либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения ПОТРЕБИТЕЛЕМ.

## 8.Срок действия договора

8.1 Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору.

8.2 В случае отказа ПОТРЕБИТЕЛЯ после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, ИСПОЛНИТЕЛЬ информирует ПОТРЕБИТЕЛЯ о расторжении договора по инициативе ПОТРЕБИТЕЛЯ, при этом ПОТРЕБИТЕЛЬ оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесённые ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## 9. Прочие условия

9.1 Объём гарантий устанавливается ИСПОЛНИТЕЛЕМ по каждому виду работ (услуг) и фиксируется в гарантийном талоне.

9.2 Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах: один экземпляр вручается ПОТРЕБИТЕЛЮ, другой – хранится у ИСПОЛНИТЕЛЯ.

9.3 Все приложения к настоящему договору являются неотъемлемой частью. С правилами оказания платных медицинских услуг в ООО МЦ « СПЕКТР», информацией, предусмотренной гл. 3 « Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утверждённых постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736 ознакомился в полном объёме.

\_\_\_\_\_  
Подпись ПОТРЕБИТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр « СПЕКТР», юридический адрес: 238340, г. Светлый, Калининградской обл., переулок Красноармейский, д.1; фактический адрес: 238340, г. Светлый, Калининградской области, ул. Лизы Чайкиной 13-27.

Свидетельство: серия 39 № 000546405 от 26.08.2003г. выдано Межрайонной инспекцией № 7 МНС России по Калининградской области ОГРН 1033910502273 ИНН **3913008196**, т. **8-401-52-3-14-04, 8-921-617-61-31**, электронная почта [spektrsvetlu@rambler.ru](mailto:spektrsvetlu@rambler.ru)

Исполнительный директор ООО МЦ «СПЕКТР» \_\_\_\_\_ ( Станкевич С.В.)

**ПОТРЕБИТЕЛЬ** \_\_\_\_\_

**Проживающий** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(данные документа , удостоверяющего личность + адрес электронной почты для отправки ответа на претензию)

**Телефон** \_\_\_\_\_

**Законный представитель потребителя:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**( ФИО или наименование, адрес +для физического лица – телефон, данные документа,  
удостоверяющего личность)**

---

---