**Договор №**

на оказание стоматологических услуг

г. Самара « \_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.

Общество с ограниченной ответственностью «ДС» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Атажанова Ильяса Шавкатовича, действующего на основании Устава с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемый в дальнейшем Пациент с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную стоматологическую услугу в соответствии с лицензией № ЛО-63-01-003710 от 26.05.16 г., выданной лицензионной палатой Самарской области, а Пациент обязуется оказанную услугу оплатить на условиях настоящего договора.
2. **Обязательства сторон**
   1. **Исполнитель обязуется:**
      1. Оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;
      2. Предоставить Пациенту доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге: о диагнозе, о плане и объёме необходимого лечения, о необходимости дополнительных специализированных методах обследования и лечения, с указанием их стоимости, а также сведения квалификации и сертификации специалистов;
      3. Составить и согласовать с Пациентом план лечения с указанием перечня конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и срок исполнения.
      4. Информировать Пациента о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования, операции, в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области пациента.
      5. Определить для пациента гарантийный срок на оказываемые услуги, объяснив условия, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются.

**Стандартные гарантийные сроки на виды работ:**

1. Постановка постоянной пломбы/эстетическая реставрация композитом – шесть месяцев.

2. Протезирование керамическими, циркониевыми, металлокерамическими конструкциями – один год.

3. Постановка дентальных имплантатов – один год.

4. Съемное и частично съемное протезирование – шесть месяцев.

5. Укрепление культи зуба стекловолоконным штифтом – шесть месяцев

**Расширенная гарантия на виды работ\*:**

1. Протезирование циркониевыми конструкциями – десять лет

2. Ортодонтическое лечение (лечение брекетами) – один год с момента снятия

3. Постановка дентальных имплантатов – пять лет

*\*Условия предоставления расширенной гарантии прописано в дополнительном соглашении.*

**Виды работ без гарантии:**

1. Анестезия

2. Изоляция коффердамом

3. Временная пломба

4. Временные коронки, накладки, вкладки, виниры из любых видов материалов

5. Капы

6. Фиксация коронок на временный цемент

7. Повторная фиксация коронок, изготовленных в сторонних клиниках

8. Все виды костных пластик

9. Все виды десневых пластик

10. Дентальная имплантация при протезировании имплантатов в сторонних клиниках.

11. Починки съемных или частично съемных конструкций

12. Все виды профессиональной гигиены полости рта

13. Эндодонтическое (лечение каналов корня зуба) лечение\перелечивание при наличии любых диагнозов (пульпиты, периодонтиты, ортопедические показания)

14. Удаление зубов

15. Наложение швов

16. Отбеливание зубов

17. Ортодонтическое лечение (лечение брекетами)

18. Постановка ортодонтических микровинтов\имплантатов

**Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при соблюдении пациентом следующих условий:**

1. Пациент минимум раз в шесть месяцев проходит профессиональную гигиену полости рта в стоматологической клинике «ДС».
2. Пациент не реже одного раза в полгода должен самостоятельно связываться со своим лечащим врачом и проходить у него бесплатный плановый осмотр полости рта;
3. Пациент не проводит коррекцию работы, выполненной Исполнителем в других стоматологических учреждениях;
4. Пациент обращается в клинику Исполнителя, где проводилось лечение, в случае дискомфорта и других проявлений в области проведенного лечения;
5. Пациент предоставляет выписку из медицинской карты и рентгеновские снимки из других лечебно-профилактических учреждений в случае, если он обращался за неотложной стоматологической помощью;
6. Гарантийные обязательства на проведенное лечение, протезирование, сохраняются при условии выполнения Пациентом всего согласованного плана лечения;

**Гарантийные обязательства НЕ сохраняются в случае:**

1. Выявления или возникновения у пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

2. Неявки пациента без предупреждения администратора клиники за сутки более двух раз.

3. Перенос запланированного лечения более двух раз подряд.

4. Вмешательства пациента в рабочие процессы врача, влекущие за собой возникновение сложностей в лечении физического или психологического характера.

* + 1. Информировать Пациента о стоимости услуги с учетом проведенного обследования, в соответствии с согласованным планом лечения и профилактики;
    2. Выполнять работы в сроки, согласованные с Пациентом при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приёмы;
    3. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.
  1. **Исполнитель вправе:**
     1. Исполнитель может заменить лечащего врача Пациента по его личной просьбе: по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость).
     2. Отложить или отменить лечебное мероприятие, в том числе – в день процедуры, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний, как со стороны органов полости рта, так и по общему состоянию организма.
     3. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента план или (и) сроки лечения (протезирования), а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение (протезирование) и расторгнуть договор в одностороннем порядке без возврата стоимости уже оказанного лечения.
     4. Исполнитель вправе изменить стоимость лечения в соответствии с действующими на тот момент тарифами, в случае неявки пациента на назначенный за 3 дня и более прием **более двух раз.**
     5. Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке БЕЗ возврата стоимости уже проведенного лечения в случае возникновения конфликтной ситуации с пациентом, причиной которого стало вмешательство пациента в работу врача.
     6. Исполнитель вправе переносить прием пациента, в случае отмены, на время, удобное врачу и клитнике.
  2. **Пациент обязуется:**
     1. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, травмах, противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг;
     2. Своевременно оплатить стоимость услуги на условиях настоящего договора;
     3. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения;
     4. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приёмы, а при невозможности явки по уважительной причине, не менее чем за 24 часа предупредить об этом Исполнителя.
     5. Соблюдать тщательную гигиену полости рта.
  3. **Пациент имеет право:**
     1. Выбрать день и время визита в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими пациентами.
     2. Перенести ранее назначенный ему приём на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 24 часа назначенного времени.
     3. Вносить дополнительные условия в п. 6.3. не противоречащие настоящему Договору.

1. **Стоимость услуг и порядок расчетов.**
   1. Цена стоматологических услуг определяется по установленному Исполнителем Прейскуранту.
   2. Оплата услуг производится Пациентом в рублях или иностранной валюте (по курсу ЦБРФ), согласно действующему на день оплаты прейскуранту.
   3. Порядок предоплаты или рассрочки обговаривается с пациентом в индивидуальном порядке.
2. **Ответственность сторон.**
   1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение норм использования медицинского оборудования и ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.
   2. Исполнитель НЕ НЕСЕТ ответственности в случае:
      1. Невыполнения Пациентом врачебных рекомендаций и назначений.
      2. Возникновение у Пациента в процессе лечения (протезирования) или после его окончания **проблем сугубо биологического характера**, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий:

1. Чувствительность зуба после обточки под ортопедическую конструкцию

2. Чувствительность зуба после лечения глубокого кариозного процесса

3. Обострение периодонтитов

4. Рецессия (убыль) десны

5. Медленное заживление раневой поверхности

6. Увеличение температуры тела

* + 1. Осложнения по причине неявки Пациента в указанный срок.
    2. Возникновение аллергических реакций у Пациента, не сообщившего о них до начала лечения.
    3. Переделки, исправления или коррекции работы в другом лечебном учреждении, ремонта и коррекции самим Пациентом.

1. **Срок действия договора.**
   1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами принятых

на себя обязательств.

* 1. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.
  2. Неотъемлемой частью настоящего договора является амбулаторная карта Пациента, которая хранится у Исполнителя.
  3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.
  4. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон. Каждый экземпляр договора скреплен подписями сторон.

1. **Особые (дополнительные) условия по соглашению сторон.**
   1. Пациент согласился с тем, что в процессе лечения может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования путём проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Пациентом за отдельную плату. При отсутствии соответствующих технических возможностей исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию.
   2. Пациент согласился с тем, что все претензии относительно недостатка информации должны быть заявлены до начала лечения.

**Пациент: ФИО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Исполнитель:**

ООО «ДС»

443013 г.Самара,

ул. Осипенко, дом 134, кв.н 1

Тел: 8(846) 244-66-65

Директор ООО «ДС» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Атажанов И.Ш./