

1. Общие положения
	1. Настоящее положение определяет порядок и условия предоставления гражданам платных медицинских услуг бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника» (далее по тексту - Учреждение).

Правовой основой оказания платных услуг в Учреждении являются:

* Гражданский Кодекс РФ;
* Закон РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (с последующими изменениями);
* Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЭ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
* Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных";
* Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг";
* Приказ Департамента по управлению государственным имуществом Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 22 марта 2011 г. N 3-нп «О порядке определения платы за оказание услуг (выполнение работ), относящихся к основным видам деятельности государственных бюджетных учреждений, находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, для граждан и юридических лиц»;
* Устав бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника»;
* Лицензия, выданная в соответствии с законодательством.
	1. Платные медицинские услуги предоставляются Учреждением на основании перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности.
1. Платные услуги оказываются пациентам за счет личных средств, средств работодателей и иных средств.
2. 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.
3. Учреждение формирует и утверждает перечень платных услуг по согласованию с Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.
4. Контроль финансово-хозяйственной деятельности по оказанию платных 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.
5. 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.
6. Учреждение при предоставлении платных медицинских услуг соблюдает порядки и стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
7. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
8. Порядок предоставления платных услуг бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника»
	1. Учреждение имеет право оказывать пациентам платные медицинские услуги:
		1. на иных условиях, чем предусмотрено территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и (или) целевыми программами;
		2. при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
		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;
		4. при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
	2. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.
	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 N 323-ФЭ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
	4. Оформление платной услуги производится соответствующим договором на предоставление платных медицинских услуг в письменной форме, в 2 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у пациента (или представителя несовершеннолетнего пациента). (Приложения № 1, 2, 3 настоящего Положения). В случае, если Заказчиком является юридическое лицо, то договор составляется в 3х экземплярах.
	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, дата 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;
* информация о ценах на платные медицинские услуги, предоставляемых в соответствии с договором;
* стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;
* 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) потребителя (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.
	1. Основанием для предоставления стоматологической услуги является договор на стоматологические услуги. Договор с основным оплаченным нарядом передается в бухгалтерию.
	2. Платные услуги оказываются без ущемления прав пациентов при получении ими медицинской помощи по действующей Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.
	3. Платные услуги оказываются специалистами Учреждения в рабочее и во внерабочее время.
	4. Оплата за платную услугу осуществляется пациентом на основании наряда, согласно действующей Информации о ценах в Учреждении. Оплата за услуги осуществляется предварительно. Расчеты производятся путем внесения наличных денег в кассу, либо перечислением через банк на расчетный счет Учреждения. Форма нарядов утверждается в учетной политике Учреждения.
	5. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляется с применением контрольно-кассовых машин. При расчетах с населением без применения контрольно-кассовых машин могут быть использованы бланки, являющиеся документом строгой отчетности, утвержденные нормативными актами РФ. Заказ, учет и ответственность за бланки ведется в соответствии с установленным в законодательстве РФ порядке.
	6. Учреждение обязано выдать пациенту кассовый чек или копию бланка, подтверждающих прием наличных денег.
	7. Регистрация платных услуг ведется в «Листке ежедневного учета работы врача- стоматолога форма 037/у», в «Амбулаторной карте стоматологического пациента форма 043/у» и в «Дневнике работы врача поликлиники форма 039/у», которые подлежат хранению в соответствии с действующим законодательством РФ.
	8. При необходимости пациенту после оказания платных услуг выдается медицинское заключение (выписка) установленной формы, листок временной нетрудоспособности (по показаниям).
	9. В соответствии со ст. 219 НК РФ и Приказа Минздрава РФ N 289, МНС РФ N БГ-3-04/256 от 25.07.2001 Пациенты имеют право на получение социального налогового вычета за услуги по лечению, условия и размер вычета определен в подпункте 3, пункта 1, ст. 219 НК РФ.
1. Обязанности и ответственность бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника» при оказании платных услуг
	1. При оказании платной услуги Учреждение обязано:
2. Заключить договор с пациентом (заказчиком), в котором регламентированы условия и сроки получения услуги, порядок расчетов, права и обязанности, ответственность сторон;
3. Предоставить пациенту кассовый чек или иной документ, удостоверяющий факт покупки услуги;
4. Обеспечить пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, посредством размещения в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах, содержащую следующие сведения:
* наименование Учреждения;
* адрес места нахождения Учреждения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
* сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Учреждения в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);
* перечне платных услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан;
* порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;
* сведения о специалистах, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
* режим работы Учреждения, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Информация размещена на информационных стендах Учреждения, доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени Учреждения. Информационные стенды располагаются в доступном для посетителей месте и оформлены таким образом, что можно свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

1. В момент продажи услуги врач обязан информировать пациента о возможных исходах и осложнениях лечения, и получить согласие/отказ пациента на оказание платной услуги;
2. 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. Обеспечить соблюдение требований Федеральных законов: от 21.11.2011 N 323-ФЭ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных";
	1. Учреждение вправе не оказывать платную медицинскую помощь при отказе пациента подписывать информированное добровольное согласие и договор об оказании платных медицинских услуг, согласие на обработку персональных данных, а также, если пациент находится в алкогольном или наркотическом опьянении.
	2. 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. Учреждение не несет ответственности за причинение вреда здоровью пациента, возникшее по вине последнего в результате несоблюдения плана лечения, рекомендаций медицинского персонала.
	4. 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
	1. Пациент при получении платной услуги имеет право на:
* информацию об исполнителе услуг, наличие лицензии, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
* качественное и своевременное оказание платной медицинской услуги (время оказания услуги должно оговариваться с пациентом во время записи пациента);
* безопасность для жизни и здоровья оказания медицинской услуги;
* 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;
	1. Пациент, воспользовавшийся медицинской услугой, вправе предъявить требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора.
	2. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам исполнения платных услуг пациент вправе по своему выбору:
* потребовать исполнения услуги другим специалистом;
* расторгнуть договор и потребовать возмещения убытка.
	1. Пациент обязан:
* ознакомиться на информационных стендах и/или официальном сайте Исполнителя, с информацией необходимой для получения услуги, в том числе с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы;
* соблюдать Правила поведения пациентов в бюджетном учреждении ХМАО - Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника»;
* до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, применяемых лекарственных препаратов и/или процедур, 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 диспансерный режим лечения (в случаях временной утраты 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 больных и персонала Учреждения;
* оплатить стоимость медицинской услуги.
	1. Пациент несет ответственность:
* За 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 бережное отношение к имуществу других лиц и имуществу Учреждения.

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

5. Порядок формирования стоимости платных медицинских услуг

1. Порядок формирования цен на платные услуги определяется Приказом Департамента по управлению государственным имуществом ХМАО - Югры от 22.03.2011 N 3-нп "О порядке определения платы за оказание услуг (выполнение работ), относящихся к основным видам деятельности государственных бюджетных учреждений, находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, для граждан и юридических лиц".
2. Стоимость платных услуг определяется на основе расчета экономически обоснованных затрат материальных и трудовых ресурсов.
3. Цена формируется на основе себестоимости оказания платной услуги, с учетом спроса на платную услугу, требований к качеству платной услуги в соответствии с показателями государственного задания, а также с учетом положений отраслевых и ведомственных нормативных правовых актов по определению расчетно-нормативных затрат на оказание платной услуги.
4. Затраты, образующие себестоимость продукции (работ, услуг) группируется в соответствии с их экономическим содержанием по следующим элементам:
* затраты на оплату труда основного персонала;
* затраты материальных запасов;
* сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании платной услуги;
* накладные затраты, относимые на платную услугу.

Настоящее положение вступает в силу с 01 января 2014 года и действует до его отмены или вступления в силу нового.

Приложение №1

к Положению о порядке

предоставления платных

медицинских услуг

**ДОГОВОР**

 **на оказание платных ортодонтических стоматологических услуг**

Нижневартовск «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника», действующее на основании лицензии № ЛО-86-01-001616, выданной 23 января 2014 г. Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»**,** в лице главного врача Шустовой Ольги Александровны, действующей на основании Устава и пациент (или представитель пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «Заказчик»,с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1.Исполнитель обязуется оказать Заказчику, платную стоматологическую услугу, в соответствии с планом лечения, согласованным с Заказчиком, а Заказчик обязуется оплатить данную услугу.

1.2. Срок оказания услуги с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**2.Стоимость и порядок оплаты**

2.1.Стоимость медицинской услуги оплачивается по тарифам, утвержденным Исполнителем

# 2.2.Оплата предоставленной медицинской услуги производится по наличному и безналичному расчету. Оплата производится до оказания стоматологической услуги (предоплата), на основании выписанных нарядов.

2.3.Заказчик соглашается с тем, что может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, путем проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. Исполнитель имеет право:**

3.1.1.В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем
исследований, манипуляций, операционных вмешательств, необходимых для
установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и
не предусмотренной договором.

3.1.2. Изменять в одностороннем порядке стоимость услуг в связи с повышением (изменением) тарифов.

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

3.1.4.Вносить изменения в план лечения без письменного согласия Заказчика, если это необходимо в интересах состояния здоровья Заказчика.

3.1.5. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Заказчиком правил внутреннего распорядка в учреждении, назначений лечащего врача и медицинского персонала.

* + 1. 3.1.6. Отказать в обслуживании Заказчика, находящегося в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящегося в состоянии здоровья, недопустимого для проведения стоматологического лечения.
		2. 3.1.7. В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для проведения лечения.

3.1.8.Осуществлять все действия (операции) с персональными данными пациента (законного представителя): включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В соответствии с требованиями федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ.

3.1.9. В одностороннем порядке, по медицинским показаниям, продлить срок лечения, установленный п.1.2.

**3.2. Заказчик имеет право:**

* + 1. На предоставление информации о медицинской услуге;
		2. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;
		3. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой произведенного лечения. В данном случае предоплата на приобретение расходных материалов и изготовление каких-либо стоматологических конструкций не возвращается.

**3.3. Исполнитель обязан:**

3.3.1. Ознакомить Заказчика с имеющейся у пациента аномалией зубочелюстной системы и выбранным методом лечения.

3.3.2. Результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в медицинской карте, ознакомить Заказчика с планом лечения под роспись.

3.3.3. Ознакомить Заказчика с ценой на предлагаемую медицинскую услугу и системой оплаты.

3.3.4. Ознакомить Заказчика с прогнозом конечных результатов лечения данной зубочелюстной аномалии.

3.3.5. Ознакомить Заказчика с графиком приема врача.

3.3.6. Факт завершения лечения зафиксировать в медицинской карте, передать Заказчику результат выполненной работы.

**3.4. Заказчик обязан:**

3.4.1. Ознакомиться с информацией, размещенной на информационных стендах и/или официальном сайте Исполнителя, а в дальнейшем соблюдать действующие правила поведения пациентов в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника»; Ознакомиться под роспись с планом лечения, который зафиксирован в медицинской карте.

* + 1. Оплатить стоимость медицинской услуги.
		2. Подготовить полость рта к ортодонтическому лечению (санация полости рта).
		3. Посещать врача согласно назначениям, зафиксированным в карте пациента, а при возникновении непредвиденных обстоятельств, внепланово посещать врача, по графику его работы.
		4. Соблюдать гигиенические и другие требования, предъявляемые врачом для проведения лечения.
		5. Оплатить изготовление нового аппарата или его починку для продолжения лечения в случае потери, поломки аппарата, отклейки «брекета» в процессе лечения.
		6. Выполнять все рекомендации врача, которые были выданы на руки Заказчику, в виде памяток, листовок после окончания ортодонтического лечения с целью предотвращения возникновения рецидива.
		7. Принять результат выполненной работы, поставив подпись в медицинской карте. В случае отсутствия подписи Заказчика в медицинской карте и отсутствия письменного мотивированного отказа в принятии выполненных работ, работы считаются принятыми Заказчиком.

**4. Ответственность сторон**

1. Исполнитель не несет ответственности за конечный результат лечения при самовольном снятии аппарата, длительном непосещении врача, необоснованных просьбах Заказчика о прекращении лечения.
2. В случае прерывания лечения по желанию Заказчика. Заказчик уплачивает стоимость услуги снятия «Брекет-системы». Деньги за проведенный этап лечения Исполнителем и предоплата на приобретение расходных материалов, изготовление каких-либо стоматологических конструкций не возвращаются.
3. При возникновении рецидива заболевания через неопределенный срок, новый аппарат оплачивает Заказчик.
4. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему договору Исполнитель обязуется вернуть Заказчику ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг, и приобретенных расходных материалов.
5. В случае, если невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон ответственности не несет, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Заказчику остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты.
6. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязанностей при наличии своей вины.

**5. Прочие условия**

1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.
2. Договор вступает в силу с даты его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств.
3. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказания услуг, спор между сторонами рассматривается заведующим отделением, заместителем главного врача по медицинской части, главным врачом. В случае не устранения разногласий, споры рассматриваются привлечением независимой экспертизы и в судебном порядке.
4. Заказчик уведомлен 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.
5. В случае, если медицинская услуга входит в территориальную программу государственных гарантий, Заказчик уведомлен о возможности получения данной медицинской услуги бесплатно в рамках ОМС.
6. Заказчик дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку своих персональных данных (персональных данных несовершеннолетнего пациента), необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.
7. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
8. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведенное механическим способом ­с использованием клише).
9. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр у Исполнителя, другой у Заказчика.

**6 Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Заказчик:** |
| БУ «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника»ИНН 8603038256 / КПП 860301001/ ОГРН 10286009661883Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 86 №000910461 выдано Инспекцией Министерства России по налогам и сборам по г. Нижневартовску ХМАО 10.12.2002Место нахождение: Российская Федерация, 628611, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, город Нижневартовск, улица Мира, дом 33. Отделение №1: ул. Мира,33, тел. 25-04-81Отделение №2: ул. Нефтяников,78а, тел. 45-02-73 | **Ф.И.О. Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Паспорт серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Проживающий по адресу г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_корпус\_\_\_кв.\_\_\_\_Контактные телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. (несовершеннолетнего пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения (несовершеннолетнего пациента) |
| **Главный врач О.А.Шустова** *Информированное согласие заполнено пациентом (законным представителем ребенка) и вклеено в медицинскую карту пациента.*Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись врача) //Ф.И.О. | **Заполняет пациент (законный представитель пациента):**Я подтверждаю, что понял(а) все вышеизложенное. Врач ответил на все мои вопросы.С предложенным планом лечения, тарифами и с условиями настоящего договора согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись Заказчика)* // *(Ф.И.О Заказчика)* |

Приложение №2

к Положению о порядке

предоставления платных

медицинских услуг

**ДОГОВОР**

 **на оказание платных стоматологических услуг**

 г. Нижневартовск «\_\_\_» 20\_\_\_г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника», действующее на основании лицензии № ЛО-86-01-001616, выданной 23 января 2014 г. Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,в лице главного врача Шустовой Ольги Александровны, действующей на основании Устава и пациент (представитель пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «Заказчик»,с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1.Исполнитель обязуется оказать Заказчику, платную стоматологическую услугу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а Заказчик обязуется оплатить данную услугу.

1.2. Срок оказания услуги с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**2.Стоимость и порядок оплаты**

2.1.Стоимость медицинской услуги оплачивается по тарифам, утвержденным Исполнителем.

# 2.2.Оплата предоставленной медицинской услуги производится по наличному и безналичному расчету. Оплата производится до оказания стоматологической услуги (предоплата), согласно выписанных нарядов.

2.3.Заказчик соглашается с тем, что может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, путем проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. Исполнитель имеет право:**

3.1.1.В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем
исследований, манипуляций, операционных вмешательств, необходимых для
установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и
не предусмотренной договором.

3.1.2. Изменять в одностороннем порядке стоимость услуг в связи с повышением (изменением) тарифов.

3.1.3. Ставить в известность Заказчика о возможных обстоятельствах, возникающих в процессе лечения, которые могут привести к изменению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

3.1.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Заказчиком правил внутреннего распорядка в учреждении, назначений лечащего врача и медицинского персонала.

3.1.5. Отказать в обслуживании Заказчика, находящегося в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящегося в состоянии здоровья, недопустимого для проведения стоматологического лечения.

* + 1. 3.1.6. В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для проведения лечения.

3.1.7. Осуществлять все действия (операции) с персональными данными пациента (законного представителя): включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в соответствии с требованиями федерального закона от 27.07.2006 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ.

3.1.8. В одностороннем порядке, по медицинским показаниям, продлить срок лечения, установленный п.1.2.

**3.2. Заказчик имеет право:**

* + 1. На предоставление информации о медицинской услуге;
		2. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;
		3. На отказ от дальнейшего лечения с обязательной оплатой произведенного лечения. В данном случае затраты связанные с подготовкой оказания услуги не возвращаются.

**3.3. Исполнитель обязан:**

3.3.1. Ознакомить Заказчика с имеющимися у пациента заболеваниями зубочелюстной системы и выбранным методом лечения, а также находящимися в наличии пломбировочными материалами.

3.3.2. Результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в медицинской карте.

3.3.3. Ознакомить Заказчика с ценой на предлагаемую медицинскую услугу и системой оплаты.

3.3.4. Ознакомить Заказчика с Положением о гарантийных сроках на стоматологические услуги и работы, оказываемые в учреждении.

3.3.5. Факт завершения лечениязафиксировать в медицинской карте, передать Заказчику результат выполненной работы.

**3.4. Заказчик обязан:**

3.4.1. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

* + 1. Оплатить стоимость медицинской услуги по наряду.
		2. Посещать врача согласно назначениям, зафиксированным в карте пациента, а при возникновении непредвиденных обстоятельств, внепланово посещать врача, по графику его работы.
		3. Соблюдать гигиену полости рта.
		4. Выполнять все рекомендации врача, которые были даны лечащим врачом по завершении лечения.
		5. Принять результат выполненной работы, поставив подпись в медицинской карте. В случае отсутствия подписи Заказчика в медицинской карте и отсутствия письменного мотивированного отказа в принятии выполненных работ, работы считаются принятыми Заказчиком.
		6. Ознакомиться с информацией, размещенной на информационных стендах и/или официальном сайте Исполнителя, в том числе с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, оказываемые учреждением, а в дальнейшем соблюдать действующие правила поведения пациентов в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника».

**4. Ответственность сторон**

1. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему договору Исполнитель обязуется вернуть Заказчику ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг, и приобретенных расходных материалов.
2. В случае, если невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон ответственности не несет, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Заказчику остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты.
3. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязанностей при наличии своей вины.

**5. Прочие условия**

1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.
2. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств.
3. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказания услуг, спор между сторонами рассматривается заведующей отделением, заместителем главного врача по лечебной работе, главным врачом. В случае не устранения разногласий, споры рассматриваются с привлечением независимой экспертизы и в судебном порядке.
4. Заказчик уведомлен 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.
5. В случае, если медицинская услуга входит в территориальную программу государственных гарантий, Заказчик уведомлен о возможности получения данной медицинской услуги бесплатно в рамках ОМС.
6. Заказчик дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку своих персональных данных (персональных данных несовершеннолетнего пациента), необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.
7. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
8. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведенное механическим способом ­с использованием клише).
9. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр у Исполнителя, другой у Заказчика.

**6. Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Заказчик:** |
| БУ «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника»ИНН 8603038256 / КПП 860301001/ ОГРН 10286009661883Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 86 №000910461 выдано Инспекцией Министерства России по налогам и сборам по г. Нижневартовску ХМАО 10.12.2002Место нахождение: Российская Федерация, 628611, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, город Нижневартовск, улица Мира, дом 33. Отделение №1: ул. Мира,33, тел. 25-04-81Отделение №2: ул. Нефтяников,78а, тел. 45-02-73 | **Ф.И.О. Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Паспорт серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Проживающий по адресу г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_корпус\_\_\_кв.\_\_\_\_Контактные телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. (несовершеннолетнего пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения несовершеннолетнего пациента**Заполняет пациент (законный представитель пациента):**Я подтверждаю, что понял(а) все вышеизложенное. Врач ответил на все мои вопросы.С предложенным планом лечения, тарифами и с условиями настоящего договора согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(подпись заказчика)* // *(Ф.И.О заказчика)*С Положением о гарантийных сроках на стоматологические услуги и работы, оказываемые Исполнителем ознакомлен**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(подпись заказчика)* |
| **Главный врач О.А.Шустова** *Информированное согласие заполнено пациентом (законным представителем ребенка) и вклеено в медицинскую карту пациента.*Лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись врача) //Ф.И.О. |

Приложение №3

к Положению о порядке

предоставления платных

медицинских услуг

**Договор №\_**

**об оказании платных медицинских услуг на проведение рентгенологического обследования**

г. Нижневартовск « » 20\_\_ г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника», действующее на основании лицензии № ЛО-86-01-001616, выданной 23 января 2014 г. Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шустовой Ольги Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны и **пациент (представитель пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** именуемый в дальнейшем «Заказчик», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель выполняет для пациента следующие виды медицинских услуг:

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

1. Пациент предварительно оплачивает медицинские услуги по тарифам, утвержденным Исполнителем.
2. Стоимость медицинской услуги, по тарифу составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. Рентгенологическое обследование проводится в день заключения договора.
4. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведенное механическим способом ­с использованием клише).
5. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр у Исполнителя, другой у Пациента.
6. Пациент дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку своих персональных данных (персональных данных несовершеннолетнего пациента), необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.
7. Во всем остальном стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Заказчик:** |
| **БУ «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника»**ИНН 8603038256 / КПП 860301001/ ОГРН 10286009661883Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 86 №000910461 выдано Инспекцией Министерства России по налогам и сборам по г. Нижневартовску ХМАО 10.12.2002Место нахождение: Российская Федерация, 628611, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, город Нижневартовск, улица Мира, дом 33. Отделение №1: ул. Мира,33, тел. 25-04-81Отделение №2: ул. Нефтяников,78а, тел. 45-02-73**Главный врач** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.А. Шустова** | **Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Проживающий по адресу г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом\_\_\_\_\_\_\_\_\_корпус\_\_\_кв.\_\_\_\_Контактный телефон**Пациент (представитель):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Я подтверждаю, что понял(а) все вышеизложенное. Врач ответил на все мои вопросы.**В случае, если медицинская услуга входит в территориальную программу государственных гарантий, уведомлен о возможности получения данной медицинской услуги бесплатно в рамках ОМС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.* *(подпись Заказчика)* |

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования**

Я**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** года рождения,

*(фамилия, имя, отчество - полностью),*

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:***

*Я, паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*являюсь законным представителем* ***(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)*** *ребёнка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*

Подтверждаю, что мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути данного обследования

Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог (зубной врач) по клиническим показаниям.

Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.

Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются: беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени); выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).

Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также рентген лаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.

Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу. Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Подпись пациента (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доза облучения во время обследования :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид исследования | Эффективно эквивалентная доза за одно исследование (м3В) | Рентген лаборант(Ф.И.О./подпись)  |
|  |  |  |