

# ДОГОВОР на проведение ортодонтического лечения

г. Вологда

{ТекущаяДатаПолная} г.

ООО «Да Винчи», в лице директора Шемякина Александра Романовича, действующего на основании Устава и лицензии № № Л041-01135-35/00362039 от 19.03.2019. (выдана Департаментом здравоохранения Вологодской обл.), именуемое далее «ИСПОЛНИТЕЛЬ», и {ФамилияИмяОтчество}, именуемый (ая) в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг с личного согласия Пациента. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную медицинскую услугу, а именно проведение ортодонтического лечения ПАЦИЕНТА, а ПАЦИЕНТ обязуется оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ стоимость оказанных услуг.

1.2. Предполагаемый срок лечения - \_\_\_\_\_.

## 2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинской услуги, согласно прейскуранту, составляет:

\_\_\_\_\_ руб. 00 коп.

2.2. Указанная в 2.1. стоимость включает в себя стоимость всех процедур, выполняемых лечащим врачом на протяжении всего периода лечения, изготовление фиксирующих приспособлений, а также контроль и коррекцию ретенционных аппаратов в течение всего лечения до окончания лечения.

2.3. Пациент оплачивает лечение поэтапно по мере посещения Исполнителя, но не позднее завершения ортодонтического лечения. Завершением является снятие брекет-системы.

Оплата производится непосредственно после начала оказания услуг в день приема, о чем делается запись в «Графике оплаты на ортодонтическое лечение» (Приложение № 1 к договору).

Пациент может в любое время перечислить всю оставшуюся часть цены Договора или внести денежную сумму в счет последующих периодов оплаты.

2.4. Оплата услуг, оказываемых Исполнителем по настоящему договору, производится в рублях, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо безналичным путем на расчетный счет Исполнителя.

2.5. Стоимость услуг является окончательной и не может измениться в процессе оказания услуг. 2.6. Оплата дополнительных ортодонтических приспособлений, необходимость в которых возникла в связи с виновными действиями Пациента, производится Пациентом отдельно и в стоимость настоящего Договора не включены.

## 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. **Исполнитель обязан:** качественно произвести работы по проведению ортодонтического лечения в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.2. На основании проведенной до подписания настоящего Договора диагностики и составления плана лечения Исполнитель обязуется выполнить следующие виды работ и услуг по проведению ортодонтического лечения:

3.2.1. Установить пациенту ортодонтический аппарат, предусмотренный планом лечения, в срок, согласно этому плану.

3.2.2. Осуществлять контроль и активацию установленного ортодонтического аппарата, а также контроль за состоянием зубочелюстной системы Пациента в течение всего периода активного лечения.

3.2.3. Осуществлять контроль за использованием ретенционного аппарата в течение всего ретенционного периода.

3.3. Ознакомить Заказчика под подпись с «Информированным согласием» (Приложение № 2 к Договору), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.4. Поставить в известность Заказчика о возникших в процессе

лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменение плана лечения отражать в амбулаторной карте.

## 3.5. Исполнитель в праве:

3.5.1. Отказать в проведении лечебно – диагностических мероприятий в случае невыполнения пациентом рекомендаций и требований лечащего врача настоящего Договора, либо при наличии у Пациента противопоказаний к лечению.

3.5.2. Отказать в обслуживании Заказчика, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению стоматологического лечения.

## 3.6. Пациент обязан:

3.6.1. Ознакомиться и подписать все необходимые документы о добровольном согласии на проведение ортодонтического лечения.

3.6.2. Выполнять все медицинские рекомендации и требования лечащего врача.

3.6.3. Производить оплату медицинских услуг на условиях настоящего Договора, в соответствии с выписанным счетом по расценкам прейскуранта на день лечения.

3.6.4. Не менее двух раз в год посещать стоматолога для профилактических осмотров и/или лечения, производить профессиональную чистку зубов у гигиениста.

## 3.7. Пациент в праве:

3.7.1. Получать заключения с указанием результатов проведенных исследований, мероприятий и необходимых рекомендаций в рамках оказания услуг по настоящему Договору и любую информацию, касающуюся оказания услуг.

3.7.2. Отказаться от услуг Исполнителя при условии полной оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

3.8. Пациенту разъяснено лечащим врачом и понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта Пациента должны быть санированы (вылечены) до начала ортодонтического лечения.

3.9. Пациенту лечащим врачом разъяснены и понятны преимущества и сложности предполагаемого метода лечения пациента, риск ортодонтического лечения и ограничения в процессе ортодонтического лечения Пациента.

3.10. **Пациент согласен**, что после окончания активного периода лечения должен носить ретенционный аппарат в течение всего назначенного исполнителем периода, что является необходимым для закрепления результата лечения.

3.11. **Пациент предупрежден** о необходимости регулярного посещения врача – ортодонта, в назначаемые им сроки. Несвоевременное и редкое посещение врача приводит к снижению качества и увеличению срока ортодонтического лечения.

3.12. Пациент неукоснительно выполняет предписания лечащего врача.

## 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель не несет ответственности:

4.1.1. за качество лечения:

- При отказе Пациента от дополнительных обследований, необходимых для постановки точного диагноза и соответствующего ему лечения.
- При невыполнении Пациентом рекомендаций Исполнителя.
- При несоблюдении гигиены полости рта.
- При прекращении лечения по инициативе Пациента.

4.1.2. за возникновение осложнений при лечении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после подписания Договора в результате чрезвычайного характера, наступление которых сторона, не выполнившая обязательств, не могла ни предвидеть, ни предотвратить.

4.3. Сторона, для которой сложились такие обстоятельства, обязана незамедлительно известить об этом другую сторону письменно, по факсу или иным способом.

## 5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Местом исполнения настоящего договора является место нахождения Исполнителя.

5.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

5.3. После проведенного ортодонтического лечения Исполнитель гарантирует сохранение ровных зубных рядов Пациента при условии обязательного использования ретенционных аппаратов в предписанном лечащим врачом режиме.

5.4. Пациент предупрежден, что при лечении любых видов заболеваний возможен риск возникновения осложнений. Во избежание возможных осложнений, Пациент обязан неукоснительно соблюдать требования и рекомендации лечащего врача, выполнять требования, предусмотренные в п.п. 3.6.2., 3.8 – 3.12. настоящего Договора.

5.5. В случае необходимости проведения Пациенту Магнитно-резонансной томографии (МРТ) иной медицинской организацией, Пациент за свой счет производит снятие брекет-системы у лечащего врача. Снятие брекет-системы производится после 100 % оплаты в день обращения, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо безналичным путем на расчетный счет, согласно Прейскуранта Исполнителя.

Изготовление новых фиксирующих приспособлений и их дальнейшая установка производится после 100 % оплаты в день обращения, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо безналичным путем на расчетный счет, согласно Прейскуранта Исполнителя.

5.6. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Пациентом условий настоящего Договора, Исполнитель не несет ответственности за возможные осложнения.

5.7. Все вопросы, возникающие между сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров. В случае не достижения сторонами согласия, споры решаются в судебном порядке.

5.8. Все приложения и дополнительные соглашения к настоящему Договору имеют юридическую силу и являются его неотъемлемыми частями.

5.9. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой сторон, при этом оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

## 6. ПРИЛОЖЕНИЯ К НАСТОЯЩЕМУ ДОГОВОРУ

6.1. К настоящему договору прилагаются и являются неотъемлемой частью:

6.1.1. Приложение № 1 «График оплаты на ортодонтическое лечение».

6.1.2. Приложение № 2 «Информированное согласие пациента».

## 7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «Да Винчи»

160014, Вологодская область, г. Вологда, ул. Самойло, дом 21, кв. 8

ИНН 3525333083

КПП 352501001

ОГРН 1143525017690

Банковские реквизиты:

р/сч № 40702810412000000177 в Отделение №8638 ОАО

«Сбербанк России» г. Вологда

К/с № 30101810900000000644

БИК 041909644

Директор

\_\_\_\_\_/Шемякин А.Р./

### ПАЦИЕНТ

ФИО {ФамилияИмяОтчество}

Паспорт: {СерияНомерПаспорта}

Кем и когда выдан: {Выдан}{ДатаВыдачи}

\_\_\_\_\_  
Телефон {Телефоны}



\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

### Заказчик:

ФИО {ФамилияИмяОтчество}

Паспорт: серия {СерияНомерПаспорта}

Кем и когда выдан: {Выдан}{ДатаВыдачи}

Телефон: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_/ {ФамилияИО}/  
ФИО

Экземпляр договора на руки получил(а) {ТекущаяДатаПолная}



\_\_\_\_\_  
подпись Заказчика(Пациента)



**Приложение № 2 к договору на проведение  
ортодонтического лечения от {ТекущаяДатаПолная}г.**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

г. Вологда

{ТекущаяДатаПолная}г.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор обосновал необходимость проведения ортодонтического лечения и ознакомил меня с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов.

Поэтому, иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения.

Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я поставлен (на) в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Предложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

**Подпись пациента/законного представителя**

✓ / \_\_\_\_\_ / {ФамилияИмяОтчество }

**Подпись лечащего врача**

/ \_\_\_\_\_ /