

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг (рентгеновское исследование)

г. Тольятти

«_____» _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Ортодонтический центр», действующее под коммерческим наименованием «ОКС», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии № Л041-01184-63/00288106 от 24 декабря 2020 г. (на осуществление медицинской деятельности по: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической), выданной Министерством здравоохранения Самарской области, расположенного по адресу: 445004, Самарская область, г. Тольятти, Автозаводское шоссе, д. 9, кабинет 1, тел. +7 (8482) 46-12-12), в лице главного врача (она же генеральный директор) Якобсон Ольги Валериевны, действующей на основании Устава № 1 от 26 августа 2020 г., с одной стороны, и гражданин _____ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги по рентгенологии (далее по тексту — Исследование), а Пациент – принять и оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в соответствии с ППРФ от 30 мая 2026 г. № 659 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1. Медицинский работник Исполнителя, после предварительного собеседования, определяет возможные варианты диагностики, степень риска и возможные осложнения, информирует об этом пациента, в том числе о необходимости соблюдения указаний во время исследования, получает его Информированное добровольное согласие. Перед подписанием настоящего договора Пациент получил информацию о медицинских работниках, отвечающих за проведение исследования (профессиональное образование и квалификация).

2.2. Стоимость исследования указывается в прайс-листе Исполнителя. Настоящим Пациент подтверждает, что ознакомился с прайс-листом на услуги Исполнителя.

2.3. Результатом оказания услуги являются данные рентгенодиагностического Исследования, которые предоставляются Пациенту по электронной почте _____ (для отдельных исследований на пленочном, электронном или бумажном носителе). Анализ данных Исследования, выполненного Исполнителем, проводит лечащий врач, направивший Пациента на данное Исследование. Описание и интерпретация результата диагностического Исследования не производится.

2.4. Пациент уполномочивает исполнителя переслать данные Исследования лечащему врачу _____ на его адрес электронной почты.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать медицинские услуги и обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.2. Информировать Пациента о возможности и сроках ожидания получения медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемом без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление исследования, соблюдать правила поведения пациента в медицинской организации, строго выполнять указания медицинского работника, проводящего рентгеновское исследование, сообщать необходимые и верные сведения о своем состоянии здоровья.

3.2.2. После предоставления ему информации, указанной в п. 3.1, ознакомиться и подписать Информированное согласие на оказание медицинских услуг.

3.2.3. После завершения оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки выполненных услуг.

3.2.4. Оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

3.3 Пациент имеет право:

3.4.1. Требовать выслать данные проводимого исследования его лечащему врачу по электронной почте.

3.4.2. По письменному заявлению, получать бесплатно копии и выписки из медицинской документации.

3.4.3. Отказаться от услуг Исполнителя при условии полной оплаты выполненных последним услуг.

4. Порядок оплаты

4.1 Пациент производит оплату медицинских услуг кассиру-регистратору, который выдает кассовый чек на руки Пациенту в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель обязуется повторно предоставить результат исследования в срок, не более 1 месяца с момента исследования, поскольку данные о более старых исследованиях автоматически удаляются.

6. Порядок разрешения споров

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, заявление (жалоба, претензия) Пациента рассматривается Комиссией Исполнителя. Жалобу (претензию) пациент может направить на электронную почту клиники: oks-centre@mail.ru.

7. Прочие условия

7.1. До заключения настоящего договора, Пациент информирован(а) о необходимости соблюдения рекомендаций врача, в том числе о том, что несоблюдение рекомендаций врача, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Пациент уведомлен о необходимости выполнения указаний среднего медицинского персонала и правил поведения пациента в медицинской организации.

7.3. Подписывая настоящий договор, пациент дает согласие на хранение (в бумажном виде или в системе электронной медицинской документации с использованием стороннего программного обеспечения с использованием облачных хранилищ), уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение своих персональных данных (включая фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, эл.почту, реквизиты паспорта, информацию в медико-профилактических целях по договору, при условии сохранения врачебной тайны) на неопределенный срок (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152—ФЗ от 27.07.2006г.) в целях и объемах, необходимых для реализации настоящего договора, в том числе на открытую видеосъемку в целях обеспечения прав пациентов при оказании медицинских услуг, путем установки видеокамер, направленных на рабочие места медицинских работников с целью осуществления контроля качества медицинских услуг.

7.4. Стороны пришли к соглашению о том, что собственноручная подпись и факсимильная подпись уполномоченного подписывать настоящий Договор лица, имеют равную юридическую силу на настоящем Договоре.

7.7. Я даю согласие / отказываюсь (ненужное зачеркнуть) от передачи СНИЛС и моих медицинских данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ).

8. Срок действия договора

8.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается в момент подписания Акта выполненных работ по завершению выполнения Плана лечения.

9. Реквизиты сторон

Общество с ограниченной ответственностью
«Ортодонтический центр»

Юр. адрес: 445004, Самарская область, г.
Тольятти, Автозаводское шоссе, д. 9, кабинет 1
ОГРН 1206300051100
ИНН 6324113608
КПП 632401001
ОКВЭД 86.23

«ПАЦИЕНТ» _____

паспорт серии _____ № _____

Моб. Тел.:

Эл. почта:

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» _____
Подпись

«ПАЦИЕНТ» _____
ФИО полностью, подпись

Информированное добровольное согласие на рентгенологическое исследование

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____
Ф.И.О. пациента старше 15 лет

Я, _____, являясь законным представителем пациента _____ ФИО пациента до 15 лет

даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования _____ полости рта. Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением.

Я подтверждаю, что на момент исследования, я не пребывал(а) в зонах радиоактивных катастроф, мне не проводится курс лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний и не проводился менее чем за шесть месяцев до настоящего времени, я не выполняю других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, моя работа не связана с использованием источников ионизирующего излучения.

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Мне разъяснено и понятно следующее:

Компьютерная томография (КТ) — это рентгенологический метод трехмерной визуализации зубов, челюстей и мягкий тканей лица, который позволяет получить трехмерный 3D снимок в высоком разрешении.

Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) - рентгенологический метод трехмерной послойной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа и височно-нижнечелюстного сустава с высоким пространственным разрешением.

ОПТГ — рентгенологический метод развернутой двухмерной визуализации зубов, корней, каналов, пародонта, расположения гайморовых пазух.

Теле рентгенография (ТРГ) - боковой или прямой снимок черепа человека.

КТ исследование проводится следующим образом: пациент находится в положении стоя на указанном специалистом месте, подбородок устанавливается на специальный упор аппарата КТ, а рама с датчиком и рентгеновским излучателем поворачиваются вокруг головы пациента. Продолжительность исследования может составлять от 1 до 30 минут.

Я информирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования при выполнении ортопантограммы, телерентгенограммы – 40мкЗв (микрозиверт), компьютерной томограммы-40мкЗв., радиовизиографии -20мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год по данным Всемирной организации здравоохранения 1000мкЗв.

Противопоказания к выполнению Исследования: беременность на протяжении всего срока; выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой и состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что получил(а) информацию обо всех противопоказаниях. Я сообщил(а) всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях Исследования и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Пациент/Законный представитель пациента:

Дата: « ____ » ____ 202__ года

Подпись: _____ / _____
ФИО полностью

Акт № ____ сдачи-приемки выполненных услуг

№	Наименование работы (услуги)	Количество	Цена	Сумма

Всего оказано услуг на сумму:

Пациент _____ и Клиника, в лице _____ составили настоящий АКТ о том, что вышеперечисленные услуги выполнены в соответствии с условиями настоящего договора, полностью и в срок.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Клиника: _____ / _____

(подпись)

(ФИО)

Дата « » _____ 202__ г.