

РАМОЧНЫЙ ДОГОВОР
об оказании платных стоматологических услуг

г. Москва

«_____» _____ 20__ г.

Клиника: Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Твой доктор» (лицензия: №. Л041-01137-77/00369681 от 02.12.2013, действует бессрочно), именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице Управляющего – ООО «Директория» (договор о передаче полномочий единоличного исполнительного органа управляющей организации и оказании услуг от 04.10.2007 №10-07/01), от имени которого действует _____ (должность) _____ (Ф.И.О.), действующий на основании доверенности №__ дата _____, с одной стороны и

Пациент: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий Договор является рамочным (ст. 429.1 ГК РФ) – определяет общие условия обязательственных взаимоотношений сторон, которые конкретизируются и уточняются сторонами путем обращений Пациента к Клинике за медицинскими стоматологическими услугами во исполнение Договора и в период его действия.

1.2. По Договору Клиника обязуется оказать Пациенту платные медицинские стоматологические услуги согласно обращениям Пациента и выявленным у него Клиникой заболеваний и патологий (диагноза) по следующим направлениям (далее по тексту Договора – услуги):

- стоматология ортодонтическая;
- стоматология терапевтическая (включая профессиональное клиническое отбеливание зубов);
- стоматология ортопедическая;
- стоматология хирургическая (включая имплантацию)

Пациент в свою очередь обязуется принять оказанные услуги и оплатить.

1.3. Перечень услуг, за которыми может обратиться Пациент, и их стоимость указаны на сайте Исполнителя: <https://tdoctor.ru/>

1.4. Пациент понимает и согласен, что по его обращению Клиника самостоятельно выбирает объем, характер и методы обследования, диагностики и лечения (объем услуг), как организация, обладающая лицензией на медицинскую деятельность, имеющая определенное медицинское стоматологическое оборудование и определенные материалы, а также штат специалистов соответствующей квалификации.

Объем, характер, методы обследования, диагностики и лечения определяется врачами Клиники на основе действующих медицинских стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения), а также иных требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

При этом Пациент не вправе настаивать на другом объеме, характере и методах обследования, диагностики и лечения, если таковые не были предложены Клиникой (лечащим врачом). Однако, вместе с тем, Пациент вправе отказаться от услуг до их оказания.

1.5. Конкретный перечень и объем услуг, который был предоставлен в рамках определенного стоматологического лечения, за которым обратился Пациент, подтверждаются следующими документами, являющимися неотъемлемой частью Договора:

- медицинской картой стоматологического больного, которую ведет Клиника в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- письменным соглашением между Пациентом и Клиникой по объему, характеру и методам обследования, диагностики и лечения, если такое соглашение составлено между Сторонами. Такое письменное соглашение подписывается Пациентом и лечащим врачом, действующим от имени Клиники в силу настоящего Договора;
- а также иными документами, составляемыми при оказании услуг (в том числе приложения к письменному заявлению пациента, если предусмотрены).

В случае согласования пациентом письменного плана лечения, он подписывает его, и план лечения становится неотъемлемой частью Договора.

1.6. При исполнении настоящего Договора Клиника руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных медицинских услуг, в частности Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Законом РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей", Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736), действующими стандартами оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) и иными нормативными актами и документами.

1.7. Информация об условиях и сроках ожидания платных медицинских услуг указана в Правилах внутреннего распорядка для пациентов (правила поведения пациентов), размещенных на сайте Исполнителя.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Права Клиники:

2.1.1. Клиника вправе информировать Пациента о перечне услуг, об их стоимости, о порядке работы Клиники, о Правилах внутреннего распорядка для пациентов Клиники (правила поведения пациентов), а также обо всех изменениях данных сведений путем размещения соответствующей информации на сайте Клиники.

2.1.2. Клиника вправе требовать от Пациента соблюдения Правила внутреннего распорядка для пациентов Клиники (правила поведения пациентов), размещенных на сайте Исполнителя.

2.1.3. Перед оказанием услуг Клиника вправе получить от Пациента информированное добровольное согласие в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2.1.4. Клиника будет стремиться обеспечить Пациенту стоматологическое лечение тем врачом, которого выбрал Пациент. Вместе с тем Клиника вправе в любое время заменить Пациенту лечащего врача, в том числе, по независящим от Клиники причинам (недомогание прежнего лечащего врача, его отпуск, увольнение, иные причины).

2.1.5. Клиника также будет стремиться оказать Пациенту услуги в строго назначенное время. В свою очередь Пациент понимает и согласен с тем, что стоматологический прием может быть задержан, так как в процессе лечения могут возникать непредвиденные обстоятельства, связанные с индивидуальными особенностями каждого пациента, что требует дополнительного времени лечения.

2.1.6. Клиника имеет иные права, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, а также Договором и документами, указанными в п. 1.5. Договора.

2.2. Обязанности Клиники:

2.2.1. Клиника обязана оказывать Пациенту медицинские стоматологические услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации и Договором.

2.2.2. Клиника обязана хранить врачебную тайну Пациента, а также обрабатывать его персональные данные с согласия Пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2.3. В случае непредвиденного отсутствия у Пациента, лечащего врача, а также на основании письменного обоснованного заявления от Пациента Клиника обязана назначить Пациенту другого лечащего врача.

2.2.4. Перед оказанием услуг по обращению Пациента Клиника вправе и обязана провести необходимое диагностическое обследование для оказания квалифицированной медицинской стоматологической помощи (в том числе на предмет наличия у Пациента противопоказаний против каких-либо лечебных стоматологических процедур). В случае обнаружения таких противопоказаний:

- Клиника обязана предупредить Пациента о невозможности проведения лечебной стоматологической процедуры до устранения этих противопоказаний;

- Клиника с согласия Пациента в целях устранения противопоказаний обязана провести соответствующее стоматологическое лечение или выполнение гигиенических мероприятий. Такое стоматологическое лечение или гигиенические мероприятия оплачиваются отдельно по действующему прейскуранту Клиники;

- Пациент вправе отказаться от такого стоматологического лечения и, соответственно, от оказания соответствующих услуг. В этом случае оплате подлежит часть оказанных Клиникой услуг, включая диагностическое обследование;

- в случае неустраняемых противопоказаний у Пациента, Клиника обязана отказаться от предоставления медицинских стоматологических услуг. В этом случае оплате подлежит часть оказанных Клиникой услуг, включая диагностическое обследование.

2.3. Права Пациента:

2.3.1. Пациент вправе получать услуги надлежащего качества.

2.3.2. Пациент вправе знакомиться с документами, подтверждающими уровень квалификации лечащего врача и наличие лицензии у Клиники.

2.3.3. Пациент имеет право на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.3.4. Пациент имеет право на получение консультаций врачей-специалистов.

2.3.5. Пациент имеет право на облегчение боли, связанной с медицинским стоматологическим вмешательством.

2.3.6. Пациент вправе получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского стоматологического обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской стоматологической помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского стоматологического вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской стоматологической помощи.

2.3.7. Пользоваться иными правами, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, а также Договором и документами, указанными в п. 1.5. Договора.

2.4. Обязанности Пациента:

2.4.1. Соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов Клиники (правила поведения пациента), размещенные на сайте Клиники.

2.4.2. Пациент обязан посетить Клинику для получения услуг в согласованные с Клиникой день и время. Опоздание более чем на 15 минут означает отказ Пациента от получения услуги в соответствующий день, в этом случае Клиника вправе в этот день услуги не оказывать и стороны согласовывают новую дату и время оказания услуг.

2.4.3. В случае невозможности посещения лечащего врача в установленный день и время, Пациент обязан не позднее чем за 24 часа до времени приема предупредить Клинику об этом.

2.4.4. Пациент для получения услуг обязан предоставить Клинике информированное добровольное согласие в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан:

- первое информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи на определенные виды медицинского вмешательства (опрос, осмотр и т.п.) Пациентом предоставляется один раз на весь срок действия Договора;

- последующие информированные добровольные согласия предоставляется Пациентом на каждое лечение до его начала.

2.4.5. Пациент обязан выполнять все предписания и рекомендации врачей, режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую стоматологическую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить эффективность оказанного стоматологического лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.4.6. Пациент обязан сообщать Клинике известную Пациенту необходимую для надлежащего оказания услуг по Договору достоверную информацию о своем здоровье (включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, наличии хронических заболеваний и т.п.).

2.4.7. Пациент обязан оплачивать оказанные Пациенту медицинские стоматологические услуги.

2.4.8. В случае ухудшения в состоянии здоровья и признаках недомогания, связанных со стоматологическим лечением в Клинике, Пациент обязан:

- незамедлительно обратиться в Клинику, не прибегая к помощи других лиц, оказывающих подобные услуги;

- незамедлительно обращаться в Клинику в случае изменения своего состояния, не прибегая к помощи других организаций, оказывающих подобные услуги.

2.4.9. Пациент обязан получать всю необходимую информацию, связанную с оказанными услугами, у лечащего врача или у врачей Клиники.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Пациент обязуется оплатить услуги по ценам действующего прейскуранта, размещенного в соответствии с пунктом 8 и подпунктом «г» пункта 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских стоматологических услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006) на официальном интернет-сайте Клиники: <https://tdoctor.ru/price/>.

3.2. Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что предварительно ознакомился с перечнем и стоимостью оказываемых услуг, условиями их оплаты.

3.3. Стоимость оказанных услуг определяется поставленным диагнозом, объемом и характером требуемых для лечения медицинских стоматологических манипуляций. Вместе с тем, Пациент осознает и согласен с тем, что объем, характер, методы обследования, диагностики и лечения выбираются врачами Клиники согласно п. 1.4. Договора.

3.4. Пациент осуществляет оплату стоимости оказанных услуг в день их оказания, если иной порядок не указан в соответствующем письменном соглашении между Пациентом и Клиникой, заключаемом перед оказанием соответствующих услуг (п. 1.5. Договора).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

4.1. Клиника несет ответственность перед Пациентом в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры, возникшие из Договора, подлежат рассмотрению федеральным судом общей юрисдикции или мировым судьей по адресу Клиники.

4.3. Клиника не несет ответственности за послеоперационные осложнения, возникшие вследствие нарушения Пациентом условий пунктов 2.4.5., 2.4.6., 2.4.8., 2.4.9 Договора.

4.4. Клиника не несет ответственности за осложнения, связанные с иными заболеваниями Пациента, их последствиями, возникшие после оказания услуг (лечения).

4.5. Клиника не несет ответственности за осложнения, возникшие в результате стоматологического лечения, оказанного в других медицинских организациях.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Стороны могут изменить или расторгнуть договор по соглашению сторон.

5.2. Клиника вправе отказаться от исполнения Договора (ст. 782 Гражданского кодекса РФ) в следующих случаях:

- Пациент нарушает Правила внутреннего распорядка Клиники;

- Пациент не предоставил Клинике добровольное информированное согласие;

- Пациент не выполняет предписания и рекомендации лечащего врача;

- Пациент без предупреждения неоднократно пропускает (не приходит) на прием к лечащему врачу в назначенные дату и время (п. 2.4.3. Договора);

- в ходе диагностического обследования проводимого Клиникой у Пациента обнаружены неустраняемые противопоказания (п.2.2.4. Договора);

- Пациент не оплатил оказанные ему услуги.

5.3. Пациент вправе заявить письменный отказ от услуг (от медицинского стоматологического вмешательства) в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в любое время.

5.4. В случае расторжения Договора или отказа от отдельных услуг Пациент обязан оплатить уже оказанные к этому

моменту услуги.

5.5. Пациент может расторгнуть договор в одностороннем порядке, известив Исполнителя за две недели до расторжения.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор действует до конца текущего года. В случае если за неделю до окончания срока действия Договора ни одна из сторон не заявит о его прекращении, Договор пролонгируется на следующий календарный год. Количество пролонгаций не ограничено.

6.2. Направление юридически значимых сообщений:

6.2.1. Заявления, уведомления, извещения, требования или иные юридически значимые сообщения, с которыми закон или Договор связывают наступление гражданско-правовых последствий для другой стороны, должны направляться только одним из следующих способов:

- ценным письмом с описью вложения и уведомлением о вручении;
- электронной почтой.

6.2.2. Если иное не предусмотрено законом, заявления, уведомления, извещения, требования или иные юридически значимые сообщения, с которыми закон или Договор связывает наступление гражданско-правовых последствий для другого лица, влекут наступление таких последствий с момента доставки соответствующего сообщения этому лицу или его представителю. Сообщение считается доставленным и в тех случаях, когда оно поступило адресату, но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

6.3. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

7.1. Медицинские документы, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья пациента, предоставляются в порядке, на условиях и в сроки, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н без взимания дополнительной платы.

7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент (Ф.И.О.): _____

Дата рождения: _____ г.

Место рождения (согласно паспорту): _____

Паспорт гражданина РФ: серия _____, номер _____, выдан _____

_____, дата выдачи: _____ г.

Зарегистрирован(а) _____

Иной адрес для направления корреспонденции _____

Электронная почта (разборчиво): _____

Телефон: _____

Клиника:

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Твой доктор»

Адрес места нахождения: 125319, г. Москва, 1-я Аэропортовская ул., д.5

ИНН/КПП 7714124131/771401001 ОГРН 1027739189411

Документ, подтверждающий факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ: Свидетельство серии 77

№007820621, выданное МИМНС России №39 по г. Москве

Лицензия: Л041-01137-77/00369681 от 02.12.2013 действует бессрочно, выдан Департаментом здравоохранения г.Москвы (с содержанием лицензий и перечнем медицинских услуг Пациент может ознакомиться на сайте Клиники, а также на сайте Росздравнадзора <https://www.roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>).

Сайт Исполнителя: <https://tdoctor.ru/>

Телефон 8-495-150-60-02

р/с 40702810615800000141 в филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве к/с 30101810145250000411 БИК 044525411

Клиника: Управляющий – ООО «Директория» в лице представителя, действующего по доверенности _____ (_____)	Пациент: _____ (_____)
---	---------------------------------------

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

“ _____ ” _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника Твой доктор» в том числе:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Функциональные методы обследования, в том числе мониторинг артериального давления.
6. Рентгенологические методы обследования, в том числе КТ, рентгенография, визиография.
7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ / +7 (_____) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина. контактный телефон)

_____ / +7 (_____) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина. контактный телефон)

_____ +7 (_____) _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.
(дата оформления)