



Договор № _____ возмездного оказания стоматологических услуг от __.__._____

Исполнитель ООО «Белая радуга-1», ОГРН: 1197746247841, ИНН: 9701131216, в лице
Администратора/ассистента медицинской клиники _____, действующего на
основании доверенности № ___ от _____

Заказчик _____

Пациент _____, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплачивать оказанные услуги на условиях Договора, а также оказывать содействие их исполнению.

1.2. Под медицинскими услугами в Договоре понимаются: медицинские услуги, которые вправе оказывать Исполнитель в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

1.3. Все медицинские услуги оказываются в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность:

9701131216

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической (применимо к медицинским клиникам, расположенным по адресам: 105066, г. Москва, ул. Красносельская Нижняя, д. 35, стр. 50; 121552, г. Москва, ш. Рублёвское, д. 101; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по анестезиологии и реаниматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по стоматологии хирургической (применимо к медицинской клинике, расположенной по адресу: 125167, г. Москва, Ленинградский проспект, д. 36, стр. 36). Выписки из реестра лицензий размещены на стендах потребителей в медицинских клиниках, а также на официальном сайте Исполнителя belayaraduga.ru.

1.4 Условия Договора обязательны для Заказчика и для третьего лица, в пользу которого заключен Договор (Пациента), если Заказчик и Пациент не совпадают в одном лице.

1.5. Услуги могут быть оказаны Заказчику с привлечением третьих лиц – медицинских организаций, имеющих соответствующую лицензию (в том числе зуботехнических лабораторий).

1.6. Договор является рамочным и определяет общие условия оказания всех перечисленных в п.1.2. Договора услуг Заказчику. Детализация видов работ и услуг, их специфики в рамках одного направления, стоимости этапов, сроков этапов определяется в дополнительных соглашениях, планах лечения, информированных согласиях, медицинской карте с обязательной подписью (согласием) Заказчика.

2. Порядок оказания медицинских услуг

Исполнитель при оказании медицинских услуг:

2.1. До заключения Договора Исполнитель предоставил Заказчику информацию об услугах и их стоимости в соответствии с требованиями законодательства. До начала оказания медицинских услуг Исполнитель доводит до сведения Заказчика следующую информацию: о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии); сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг; сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг. Копии лицензии/выписки из реестра лицензий, выписка из единого государственного реестра юридических лиц, учредительного документа, предоставляются по требованию Заказчика. С указанной в настоящем пункте информацией Заказчик также может ознакомиться на сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: belayaraduga.ru

2.2. Проводит качественное обследование Заказчика, а в случае необходимости предлагает пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов или в учреждениях иного медицинского профиля с целью диагностики, уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования. Заказчик самостоятельно принимает решение о выполнении или невыполнении данных рекомендаций врача, а также несет

ответственность за последствия невыполнения рекомендаций врача.

2.3. После первичного обследования предоставляет Заказчику информацию: о состоянии здоровья, о возможных в конкретном случае вариантах лечения, протезирования, операций, медикаментах, о сущности оказываемых услуг, о противопоказаниях, возможных осложнениях и неприятных ощущениях, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него в связи с его медицинской спецификой, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.4. Составляет для Заказчика рекомендуемый план лечения, если лечение предполагает несколько этапов, согласовывает его с Заказчиком. При наличии показаний, изменении состояния здоровья Пациента, план лечения может быть скорректирован в части сроков, объемов услуг и их стоимости при обязательном согласовании изменений с Заказчиком.

2.5. Информировывает Заказчика о стоимости услуг до их оказания: указывает конкретную сумму в соответствии с действующим Прайс-листом, когда объем и характер работы очевидны; указывает предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения. По требованию Заказчика может быть составлена предварительная смета (финансовый план) на лечение.

2.6. Предоставляет Заказчику на ознакомление и подписание информированное добровольное согласие (ИДС) на комплекс диагностических мероприятий, а также на каждый вид планируемого медицинского вмешательства. ИДС содержит информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, альтернативных способах лечения, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.7. Определяет для Заказчика гарантии на оказываемые услуги, знакомит с локальным актом, устанавливающим гарантийные обязательства Исполнителя.

2.8. Обеспечивает качество и безопасность медицинской услуги в соответствии с условиями Договора и требованиям законодательства к качеству медицинских услуг.

2.9. Вправе самостоятельно определять объем исследований, манипуляций и лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи, в том числе и не озвученной Заказчику/Пациенту в случае необходимости оказания экстренной/неотложной помощи.

2.10. Вправе осуществлять фотофиксацию клинической ситуации полости рта, а затем выполненной работы в целях внутреннего контроля качества оказанных медицинских услуг.

Заказчик при получении медицинской услуги:

2.11. Оказывать содействие Исполнителю при оказании медицинских услуг в частности:

- предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья/здоровья Пациента;
- соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения. При несоблюдении рекомендаций и назначений лечащего врача, а также при предоставлении недостоверной и/или неполной информации Заказчик несет риск ненаступления положительного исхода лечения, а также риски наступления возможных негативных последствий для здоровья (обострения клинической ситуации, перехода заболевания в хроническую стадию по причине недоленности и пр.);
- выполнить план лечения, на реализацию которого Заказчик дал согласие. При возникновении обстоятельств, препятствующих (временно препятствующих) выполнению плана, подойти на консультацию к лечащему врачу для обсуждения необходимой коррекции плана лечения;
- своевременно посещать лечебные и последующие профилактические приемы, понимая важность своевременного лечения для собственного здоровья. В случае невозможности явки на прием по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя за 24 часа по электронной почте или по телефону клиники Исполнителя, в которой был запланирован прием;
- на протяжении лечения у Исполнителя уведомить и согласовать с ним прием лекарственных средств, средств народной/нетрадиционной медицины;
- в случае возникновения осложнений либо претензий по качеству лечения обратиться первоначально к Исполнителю с целью фиксации факта осложнения или недостатка, а также первой помощи. После этого Заказчик вправе самостоятельно выбрать медицинскую организацию для устранения недостатка, если таковой будет установлен.

2.12. Добросовестно знакомится с информацией об оказании услуг, предоставленной Исполнителем и обязан подтвердить факт ознакомления и согласия подписью в листе информированного согласия, планах лечения, а также в медицинской карте. Также Заказчик удостоверяет личной подписью сообщенные сведения о своем здоровье/здоровье Пациента.

2.13. Может пригласить по согласованию с врачом на прием одного родственника либо иное лицо, присутствия которого пожелает Заказчик (Пациент). При наличии показаний, необходимости медицинского осмотра, проведения медицинских манипуляций врач имеет право ограничить присутствие родственников либо иных лиц (пригласить их в кабинет, когда сочтет это возможным).

2.14. Предупреждает за 5 (пять) рабочих дней до даты отъезда лечащего врача/клинику Исполнителя, в которой оказываются услуги, если лечение не окончено, а Заказчик/Пациент планирует длительный отъезд, при котором нарушается план и сроки лечения.

2.15. Вправе выбирать кандидатуру лечащего врача с учетом его специализации и согласия. Лечащий врач имеет право

отказаться от лечения и наблюдения Пациента, если отсутствует угроза для жизни последнего, в том числе, в случае невозможности установления с Пациентом лично-доверительных отношений (ст. 70 ФЗ №323 от 21.11.2011 года). В указанном случае Исполнитель производит замену лечащего врача при наличии такой возможности.

Запись на прием на получение медицинской услуги

2.16. Запись Заказчика/Пациента на прием в клинику Исполнителя на получение медицинской услуги может осуществляться способами:

- в форме онлайн-записи на прием в мобильном приложении «Белая радуга» и/или оставить заявку на запись на сайте <https://belayaraduga.ru/>;
- по номеру телефона клиники Исполнителя, указанном на сайте <https://belayaraduga.ru/>, или в мобильном приложении «Белая радуга»;
- лично в клинике через администратора клиники Исполнителя.

2.17. Фактом подтверждения онлайн-записи Заказчика/Пациента на прием является ответный звонок администратора клиники Исполнителя с подтверждением даты и времени приема или сообщение с подтверждением, поступившее на электронную почту Заказчика или в СМС-сообщении, или мессенджере по номеру телефона Заказчика.

2.18. После того, как время, дата, услуга, врач, конкретная клиника согласованы Заказчиком и Исполнителем одним из вышеперечисленных способов, Заказчик/Пациент считается записанным на прием в клинику.

2.19. Исполнитель вправе перенести прием на другое, согласованное с Заказчиком, время при отсутствии лечащего врача (болезни, командировки), опоздании Пациента на прием более, чем на 20 минут, явке Пациента на прием в состоянии, когда он не способен понимать значение своих действий, в том числе в состоянии наркотического/алкогольного опьянения.

2.20. Если Заказчик неоднократно (более 2 раз) опаздывает на прием, не является на прием без предупреждения за 24 часа до времени приема, Исполнитель вправе устанавливать для Заказчика ограничения по времени приема или установить прием по предварительной оплате.

2.21. Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг Заказчику, если отсутствуют показания к медицинской помощи либо имеются противопоказания для проведения конкретной манипуляции. Исполнитель имеет право запросить у Заказчика медицинскую справку об отсутствии противопоказаний к медицинскому вмешательству.

2.22. Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг Заказчику в случае наступления обстоятельств, которые зависят от Заказчика и способны снизить качество оказываемых услуг либо привести к невозможности оказать их в согласованные сроки, в частности:

- несоблюдение Заказчиком/Пациентом данных врачом рекомендаций и невыполнение назначений;
- отказ от дополнительных показанных обследований, без которых не представляется возможным поставить диагноз, подтвердить или опровергнуть наличие противопоказаний, проводить лечение;
- нарушение правил внутреннего распорядка в медицинской организации;
- наличие у Заказчика неоплаченных оказанных услуг и/или отсутствие оплаты по Услугам, которые оказываются только в случае внесения предоплаты;
- некорректное, незтичное, деструктивное поведение Заказчика и/или Пациента в отношениях с лечащим врачом, приведшее к отказу лечащего врача от лечения и наблюдения Заказчика/Пациента (невозможность установления терапевтического сотрудничества с заказчиком/Пациентом).

Исполнитель однократно информирует Заказчика о необходимости устранения перечисленных обстоятельств устно и в письменном виде путем направления письма по указанному Заказчиком адресу электронной почты. Если после этого Заказчик в течение одного рабочего дня не устранит перечисленные обстоятельства, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора (ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей»). О факте одностороннего отказа Заказчик уведомляется однократно в письменном виде. Отказ возможен только при отсутствии состояния Заказчика/Пациента, угрожающего его жизни (экстренного состояния).

Приемка оказанных услуг

2.23. После оказания услуг Исполнитель сдает работу Заказчику, ознакомив его с объемом услуг/работ (манипуляций), который был выполнен, теми результатами, которые достигнуты и конкретными гарантийными сроками, которые установил врач, зафиксировав факт сдачи работы своей подписью и подписью Заказчика в медицинской документации.

2.24. После оказания услуг или части согласованного в плане лечения объема услуг Исполнитель предоставляет Заказчику на подпись акт сдачи-приемки платных медицинских услуг (далее – Акт).

2.25. Заказчик обязуется принять оказанные услуги (выполненные работы), ознакомившись с выполненным объемом работ, достигнутыми результатами, гарантийными сроками, рекомендациями и подписать Акт.

2.26. В случае немотивированного отказа Заказчика от подписания Акта сотрудницы клиники Исполнителя делают отметку в Акте об отказе Заказчика подписать Акт, в таком случае услуги считаются оказанными и принятыми Заказчиком и подлежащими оплате.

Мотивированным отказом является письменное уведомление Заказчиком Исполнителя о претензиях к качеству, срокам и/или порядку оказания услуг с объяснением оснований таких претензий. Такое уведомление направляется в день отказа Заказчика от подписания Акта на электронную почту Исполнителя reception@belayaraduga.ru.

Порядок предоставления документов Исполнителем Заказчику

2.27. Медицинская справка, медицинское заключение в соответствии с Приказом Минздрава России от 14.09.2020 №972н предоставляется Заказчику/Пациенту в течение 3 (трех) рабочих дней с даты подачи запроса.

2.28. Копия медицинской карты в полном объеме либо выписка из нее, а также рентгеновские снимки предоставляются Заказчику/Пациенту в течение 30 (тридцати) дней с даты подачи письменного запроса. Заказчик соглашается с тем, что право на информацию о своем здоровье/здоровье Пациента реализуется им путем ознакомления с записями медицинской документации на каждом приеме, а также путем получения копии медицинской карты, предоставляемой по запросу.

2.29. Документы для социального налогового вычета предоставляются Заказчику/Пациенту в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты подачи запроса.

2.30. Запросы о предоставлении указанных документов направляются Заказчиком на бумажном носителе (при личном обращении или по почте) или по адресу электронной почты reception@belayaraduga.ru с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или с обязательной передачей оригинала запроса на бумажном носителе при получении документов и адресуются генеральному директору Исполнителя.

Все документы, содержащие данные о здоровье Заказчика/Пациента, могут быть выданы только лично Заказчику, либо названному им в Договоре лицу, либо представителю по нотариальной доверенности при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорта) и оригинала доверенности.

Обработка персональных данных Заказчика и Пациента

2.31. Для целей обработки персональных данных Заказчик предоставляет Исполнителю согласие на обработку персональных данных (данных о здоровье, биометрических данных) по форме Приложения 1 к Договору. Заказчик согласен на передачу Исполнителем персональных данных, данных о здоровье, биометрических данных, Заказчика/Пациента третьим лицам (медицинским (зуботехническим и иным) лабораториям, страховым компаниям и т.д.), если это необходимо для оказания медицинских услуг Заказчику.

2.32. Исполнитель вправе установить в холле и кабинетах клиники Исполнителя видеонаблюдение в целях обеспечения безопасности сотрудников и пациентов, а также в целях осуществления контроля за качеством проводимого лечения.

Заказчик ознакомлен и согласен с тем, что в клиниках Исполнителя ведется видеонаблюдение.

3. Сроки исполнения обязательств

3.1. Срок предоставления (оказания) услуги определяется датой и временем обращения Заказчика/Пациента к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ.

3.2. Сроки предоставления конкретных услуг, проведения длительного этапного лечения конкретизируются по соглашению с Заказчиком, исходя из диагноза, периода, необходимого для изготовления зубопротезных, ортодонтических конструкций; общего соматического статуса Пациента, его психоэмоционального состояния, наличия у него и врача свободного времени, остроты клинической ситуации. Количество необходимых приемов (период времени, в течение которого оказывается услуга, сдается работа) определяется индивидуально, согласуется с Заказчиком и фиксируется в плане лечения либо медицинской карте.

4. Качество и безопасность услуг, гарантийные обязательства

4.1. При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно, заботливо и осмотрительно. Заказчик уведомлен, об обязанности соблюдать установленный врачом режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.

4.2. Медицинская услуга считается оказанной качественно, если в совокупности: оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики, достижении одного из следующих эффектов для здоровья: выздоровление (исчезновение симптомов), ремиссия, улучшение состояния, стабилизация, компенсация функций, хронизация – в зависимости от состояния здоровья Пациента и характера течения стоматологического заболевания. При этом в некоторых случаях даже при отсутствии эффекта, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, которая от него требовалась по характеру обязательств и условиям Договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, отсутствие ожидаемого Заказчиком результата не является свидетельством некачественной услуги (отсутствие остеоинтеграции импланта, неприживление костного материала).

4.3. Качество зубного протеза определяется соблюдением стандарта его изготовления. Выявление аллергии на материалы, из которых изготавливаются протезы, и которая не могла быть спрогнозирована, несоответствие ожиданий Заказчика полученному комфорту и эстетике не свидетельствуют о некачественном оказании услуги.

4.4. Внешний вид зубного протеза (ов), а именно: цвет, высота, ширина, форма зубов, их направление, соотношение их между собой и высотой десневого края – формируются на основе индивидуальных антропометрических показателей с учетом положения уже имеющихся зубов. Заказчик имеет право высказать свои пожелания относительно эстетики протезов не более, чем на двух приемах и до момента передачи Исполнителем заказа протезов на изготовление. Указанные пожелания фиксируются в медицинской карте Пациента с учетом возможности их реализации.

Если все пожелания Заказчика были выполнены, протез (коронка) соответствует методике его создания с учетом антропометрических показателей, но Заказчик не принял работу, ортопедическая работа считается сданной Заказчику, а ортопедическая услуга – оказанной качественно и подлежащей оплате.

4.5. Медицинские услуги (манипуляции), оказываемые по Договору, предполагают возможность вмешательства в

органы и системы человека, а также вероятное появление сопутствующих свойств и осложнений, оговоренных в соответствующих информированных добровольных согласиях. Осложнение медицинской услуги, имеющее объективный характер и не зависящее от действий Исполнителя, о котором был изначально уведомлен Заказчик, не является дефектом медицинской помощи.

4.6. Медицинская услуга считается безопасной, если в совокупности: обеспечены соответствующие санитарно-эпидемиологические условия ее оказания, в процессе ее оказания отсутствует риск, не оправданный нуждами Заказчика/Пациента.

4.7. Гарантийные обязательства сторон при оказании стоматологических услуг установлены локальным правовым актом – положением о гарантиях, являющимся составной частью условий Договора.

5. Цена услуг и порядок расчетов

5.1. Заказчик оплачивает услуги Исполнителя на условиях Договора, в том числе, услуги неотложной помощи, оказанные без согласия Заказчика, в целях сохранения его здоровья или здоровья Пациента.

5.2. Стоимость лечения в каждом конкретном случае обращения Заказчика определяется исходя из поставленного диагноза и необходимого объема услуг (работ), а также Плана лечения, утвержденного врачом и согласованного с Заказчиком в соответствии с Прайс-листом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги. Прайс-лист Исполнителя размещается на сайте Исполнителя – belayaraduga.ru, а также размещен в клинике Исполнителя, в которой Пациенту оказываются услуги.

5.3. Оплата услуг Заказчиком происходит непосредственно после оказания Исполнителем медицинских услуг в клинике.

5.4. Заказчик вправе внести предоплату за перечень медицинских услуг в мобильном приложении «Белая радуга», а также непосредственно в клинике Исполнителя.

В этом случае после оказания услуг Исполнитель засчитывает предоплату в счет оказанных Заказчику/Пациенту услуг.

Если внесенной предоплаты недостаточно для оплаты оказанных услуг, Заказчик осуществляет доплату непосредственно после оказания услуги.

Если услуги на сумму внесенной предоплаты не были оказаны или оказаны на меньшую сумму, Исполнитель возвращает Заказчику остаток средств по письменному заявлению Заказчика. Возврат производится в течение 10 рабочих дней после поступления такого заявления от Заказчика.

5.5. Если оплату за услуги, оказанные Пациенту, осуществляет Заказчик-юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, Исполнитель направляет такому Заказчику счет на оплату по электронной почте. Заказчик обязан оплатить счет в течение трех рабочих дней с момента его отправки Исполнителем, но не позднее даты и времени оказания Услуг.

Юридическим лицам (Пациентам, за которых оплату Услуги производят юридические лица) услуги оказываются только после поступления полной предоплаты стоимости Услуг на момент даты и времени оказания Услуг.

5.6. При согласовании с Заказчиком финансового плана стоимость лечения остается неизменной при условии неизменности плана лечения. План лечения имеет срок исполнения.

При нарушении срока исполнения по вине Заказчика/Пациента стоимость лечения подлежит изменения в соответствии с Прайс-листом Исполнителя, действующим на момент оказания медицинской услуги, указанной в Прайс- листе как отдельной позиции.

5.7. Оплата услуг по терапевтической стоматологии, детской стоматологии, ортопедической стоматологии, пародонтологии производится непосредственно до приема врача (оказания услуги).

5.8. Оплата услуг производится Заказчиком в рублях в наличной или безналичной формах.

В случае нехватки денежных средств для оплаты оказанных услуг либо отсутствия наличных денежных средств, при возможной неисправности банковского терминала, Заказчик обязуется собственноручно написать расписку с указанием суммы задолженности и обязательством оплатить услуги в течение трех рабочих дней с даты составления расписки.

5.9. В случае задержки Заказчиком оплаты оказанных ему услуг в соответствии с п. 5.8. Договора более чем на 3 (три) рабочих дня, Исполнитель вправе потребовать от Заказчика выплаты пени в размере 0,1 % за каждый день просрочки оплаты от стоимости неоплаченных услуг.

5.10. По факту оплаты услуг Исполнитель предоставляет Заказчику документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги (кассовый чек).

6. Урегулирование разногласий

6.1. Если между Исполнителем/сотрудниками Исполнителя и Заказчиком возникнет недопонимание или конфликтная ситуация, он может направить Исполнителю «Предложение об урегулировании ситуации».

6.2. Предложение об урегулировании ситуации – не претензионный документ, направляется Исполнителю при наличии желания продолжать лечение в клинике, готовности встретиться для переговоров с главным врачом и руководителем клиники.

6.3. Предложение об урегулировании ситуации может быть написано от руки, отправлено по электронной почте, через форму сайта либо изложено в рамках телефонного разговора. Предложение рассматривается в течение 3 рабочих дней, результат рассмотрения может быть сообщен Заказчику по электронной почте, в письменном виде либо по телефону.

6.4. Претензия относительно качества оказанных медицинских услуг, нежелания продолжать в дальнейшем лечение в клинике, намерения защищать интересы исходя из норм Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» составляется в письменном виде, подписывается Заказчиком, либо его представителем с надлежаще оформленными полномочиями, с указанием конкретных обстоятельств неисполнения Исполнителем своих обязательств и тех требований, которые предъявляет Заказчик на основании действующего законодательства РФ. Претензия направляется Заказчиком по юридическому адресу Исполнителя почтой или курьерской службой, а копию претензии Заказчик направляет на электронную почту Исполнителя reception@belayaraduga.ru.

Претензия рассматривается в течение 10 рабочих дней, результат рассмотрения оформляется в письменном виде и направляется Заказчику.

6.5. Исполнитель не принимает претензии по качеству медицинских услуг, в основе которых лежат медицинские заключения, выданные специалистами медицинских организаций, не в рамках проведения медицинской экспертизы. Медицинская экспертиза должна быть проведена медицинским учреждением, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности. О проведении экспертизы, дате, месте и времени Заказчик уведомляет Исполнителя по электронной почте reception@belayaraduga.ru за 10 дней до даты проведения такой экспертизы и обеспечивает возможность участия Исполнителя/врачей Исполнителя при проведении осмотра/обследования Пациента экспертом для составления заключения.

В ином случае Исполнитель вправе не принимать результаты исследования врачей и организовать проведение экспертизы самостоятельно. В этом случае Заказчик/Пациент обязуется явиться в указанное Исполнителем место и время для проведения осмотра/обследования специалистом.

7. Ответственность сторон

7.1. Исполнитель освобождается от ответственности за вред здоровью, возникший в процессе оказания услуг, если будет доказано, что вред возник как следствие нарушения Заказчиком/Пациентом рекомендаций и назначений врачей-специалистов клиники, предоставления Заказчиком/Пациентов недостоверной информации, нарушения режима лечения (п.5 ст.14 Закона РФ «О защите прав потребителей», ст. 1098 Гражданского кодекса РФ).

7.2. Клиника оставляет за собой право требовать подтверждения надлежащего соблюдения Заказчиком/Пациентом назначений и рекомендаций врачей-специалистов, вплоть до направления Заказчика/Пациента на экспертизу.

7.3. Все назначения и рекомендации врачей, соблюдение которых необходимо для обеспечения безопасности медицинской услуги для здоровья Заказчика/Пациента, предотвращения наступления возможных побочных эффектов, сохранения достигнутых результатов лечения фиксируются в информированных согласиях, в медицинской карте пациента, соответствующих памятках.

7.4. Если Заказчик в одностороннем порядке отказался от исполнения Договора в части конкретного приема (не явился на конкретный прием без предупреждения, не менее чем за 24 часа до времени приема), Исполнитель вправе потребовать возмещения фактически понесенных расходов в виде простоя клиники Исполнителя в размере 3000 рублей за один час (ст. 32 Закона РФ «О защите прав потребителей»).

В этом случае Заказчик вносит стоимость простоя клиники Исполнителя наличными денежными средствами, безналичным платежом либо посредством электронных платежных сервисов в мобильном приложении Исполнителя. При отсутствии экстренной ситуации, запись на последующие приемы производится только после погашения задолженности Заказчика.

7.5. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если неисполнение было вызвано действием непреодолимой силы, то есть чрезвычайных обстоятельств, которые ни одна из сторон не могла заранее предвидеть и предотвратить. В качестве форс-мажорных обстоятельств, в том числе, признаются: решения органов муниципальной и государственной власти, коммунальные аварии, связанные с отключением тепла, электроэнергии, воды.

8. Дополнительные условия

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31 декабря текущего года. В случае если ни одна из сторон не заявит о своем желании отказаться от исполнения договора, он считается пролонгированным на 1 год. Последующая пролонгация происходит автоматически. Договор может быть изменен и/или расторгнут по письменному соглашению Сторон.

8.2. Если Заказчик и Пациент являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. При этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Пациенту – относятся к одному лицу.

Если Заказчик и Пациент являются разными лицами (не совпадают), а Заказчик не является законным представителем несовершеннолетнего/недееспособного Пациента, Договор составляется в 3 (трех) экземплярах.

8.3. Стороны договорились о том, что документы с факсимильным воспроизведением подписи, а также документы (Договор, все дополнительные соглашения к нему) с электронной подписью действительны и принимаются к исполнению согласно ч. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ.

9. Заверения Заказчика

9.1. Мне известно, что медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, могут быть получены мною бесплатно в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения в соответствии с Программами государственных и территориальных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

9.2. В соответствии с требованием Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг до заключения договора я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (конкретного медицинского работника), 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.

9.3. Заказчик подтверждает, что до подписания Договора он был ознакомлен с Прайс-листом клиники, Положением о гарантиях, Правилами эксплуатации стоматологических услуг и работ. Все положения перечисленных локальных нормативных актов ему понятны. Заказчик понимает, что положения всех перечисленных актов распространяют свое действие на правоотношения, возникшие между Заказчиком и Исполнителем.

9.4. Заказчик дает согласие на получение информации, в том числе, рекламного характера, от Исполнителя в виде e-mail сообщений, смс-сообщений, сообщений в мессенджерах или телефонных звонков представителя клиники по контактными данным, указанным в разделе 10 Договора.

_____ (подпись) _____ (ФИО)

10. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:
ООО «Белая радуга-1»

Заказчик:
ФИО:

Пациент:
ФИО:

Юр. адрес: 115172, г. Москва,
Котельническая наб., д. 25, стр. 1
Адрес клиник:
105066, г. Москва, ул. Красносельская
Нижняя, д. 35, стр. 50; 121552, г.
Москва, ш. Рублёвское, д. 101
ОГРН: 1197746247841 от 13.07.2017,
зарегистрировано в ИФНС №46
ИНН: 9701131216, КПП: 770101001
Р/с Р/с 40702810038000250984 в ПАО
СБЕРБАНК г. Москва в
ПАО СБЕРБАНК г. Москва,
БИК: 044525225
Кор. счет: 30101810400000000225
Адрес сайта: belayaraduga.ru
Тел: +7 (499) 703 52 25
E-mail: reception@belayaraduga.ru

Паспорт серия: _____
Паспорт номер: _____
Паспорт выдан: _____, дата
выдачи: _____
Адрес регистрации: _____
Телефон: +7 _____

Дата рождения: _____
Паспорт серия: _____
Паспорт номер: _____
Паспорт выдан: _____, дата
выдачи: _____
Адрес регистрации: _____
Телефон: +7 _____

Подпись администратора/ассистента:

Подпись заказчика (или его официального представителя): _____

Подпись пациента (или его официального представителя): _____

СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий (данных о здоровье)

Я, _____, паспорт серия: _____, номер: _____, выдан: _____,
адрес: _____ даю согласие ООО «БЕЛАЯ РАДУГА», 115172, г. Москва, Котельническая набережная, д.
25, стр. 1 и по адресам медицинских клиник 115432, г. Москва, ул. Архитектора Щусева, д. 2, корп. 3, пом. 2; 125167,
г. Москва, Ленинградский проспект, д. 36, стр. 36, 115172, г. Москва, Котельническая наб., д. 25, стр. 1, тел.
+7(499)703-52-25, тел. 8(916) 740- 20-08 (далее – Клиника)

на обработку моих персональных данных на следующих условиях.

1. Я согласен с тем, что Клиника обрабатывает мои персональные данные и данные о моем здоровье в следующих целях:

- в медико-профилактических целях;
- осуществление деятельности по оказанию медицинских услуг Клиники в целях выполнения обязательств по договору об оказании платных медицинских услуг;
- предоставление мне информации о доступных временных интервалах для записи на прием и для организации такой записи;
- обеспечение качественной работы Клиники;
- предоставление мне поддержки при получении услуг в случае возникновения трудностей, в том числе с выбором конкретного врача;
- получение отзывов и пожеланий по оказанию услуг, в том числе по электронной почте или путем проведения телефонных опросов;
- получение результатов лабораторных исследований;
- обеспечение соблюдения Конституции РФ, федеральных законов и иных нормативных правовых актов РФ.

Согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2. Я подтверждаю свое согласие на обработку Клиникой моих персональных данных и/или персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, паспортные данные, биометрические персональные данные, реквизиты полиса ОМС, ДМС, страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), ИНН, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг.

3. Я согласен (а) на обработку данных о моем здоровье и/или о здоровье лица, законным представителем которого я являюсь, в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса при условии их обезличивания.

4. В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные и данные о моем здоровье и/или здоровье лица, представителем которого я являюсь, другим должностным лицам Клиники, а также третьим лицам – организациям или индивидуальным предпринимателям, которые обладают действующими лицензиями на осуществление медицинской деятельности, в том числе медицинским (зуботехническим и иным) лабораториям, в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты, и иным лицам, если это необходимо для оказания медицинских услуг.

5. Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье или здоровье лица, законным представителем которого я являюсь, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

6. Я подтверждаю своё согласие на передачу медицинской информации (результатов КЛКТ-исследований, иных исследований, выписки из медицинской карты, данных обследований, результатов анализов и другой возможной медицинской документации, касающейся моего здоровья или здоровья лица, представителем которого я являюсь, в электронной форме по электронной почте (по открытым каналам связи сети Интернет). Я информирован, что передача вышеуказанной информации через незащищённые каналы связи (интернет) может привести к возникновению и реализации угроз безопасности (нарушению конфиденциальности, целостности, доступности) этих

данных.

7. Срок хранения моих персональных данных или лица, законным представителем которого я являюсь, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

8. Я уведомлен(а), что я вправе:

- получать информацию, касающуюся обработки моих персональных данных и персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь, за исключением случаев, предусмотренных федеральными законами;
- требовать от Клиники уточнения мои персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленных целей обработки;
- принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав и прав лица, законным представителем которого я являюсь;
- реализовывать иные права, предусмотренные Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

9. Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

10. Я проинформирован(а) о том, что я вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных в любое время путем направления письма с соответствующим требованием:

- на адрес местонахождения Клиники, с указанием фамилии, имени, отчества и паспортных данных;
- на адрес электронной почты reception@belayaraduga.ru с пометкой «Отзыв согласия на обработку персональных данных».

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье моего ребенка в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

11. Я соглашаюсь с тем, что Клиника имеет право направлять мне уведомления о новых продуктах и услугах, специальных предложениях и различных событиях. В случае отказа от получения рекламных и(или) информационных сообщений необходимо отправить в Клинику письмо об отзыве согласия в соответствии с п.10 Согласия.

12. Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», сведения о моем здоровье или здоровье лица, законным представителем которого я являюсь, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

13. В соответствии с пп.5 ч.1 ст. 6 ФЗ № 152 «О персональных данных» получение согласия от Пациента на обработку общих персональных данных (ФИО, контакты, паспортные данные), если она осуществляется только в рамках договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

_____ (подпись) _____ (ФИО)

Дата: _____

Я, _____, дата рождения _____, зарегистрированный (ая) по адресу: _____, паспорт серия: _____, номер: _____, выдан: _____ или действующий через законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____, или действующий через представителя _____ по доверенности № _____ от «_»_20__г., удостоверенной _____, настоящим подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания стоматологических услуг меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента. Мне сообщено, что пациенты, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

_____/_____

подпись ФИО полностью

Дата подписания: _____

ПОЛОЖЕНИЕ О ГАРАНТИЙНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВАХ ИСПОЛНИТЕЛЯ ПО ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(далее – Положение)

1.1. Исполнитель гарантирует Пациенту:

1.1.1. Использование методов профилактики, диагностики, лечения, медицинских технологий, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, разрешенных к применению в установленном действующим законодательством порядке;

1.1.2. Безопасность оказываемой медицинской услуги;

1.1.3. Соответствие санитарным нормам и правилам, требованиям лечебно-охранительного и противоэпидемического режима, требованиям пожарной, радиационной, лекарственной, экологической и иной безопасности, а также иным требованиям, определяющим условия оказания медицинской помощи;

1.1.4. Надлежащий уровень квалификации медицинских работников, который обеспечивается за счет непрерывной системы их подготовки, включающей подготовку в медицинском образовательном учреждении, последипломное образование в медицинских образовательных организациях, своевременное повышение квалификации;

1.1.5. Более подробно все обязанности Исполнителя по отношению к Пациенту указаны в Договоре об оказании платных медицинских услуг (далее – Договор).

1.2. Стороны согласны с тем, что достижение

положительного результата оказания медицинской услуги зависит не только от совокупности необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий Исполнителя, но и от встречных со стороны Пациента действий, направленных на содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской услуги в соответствии с Договором.

Так как результат оказания медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния стоматологического здоровья и, так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель, по независящим как от него, так и от Пациента причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении протекания патологических процессов.

1.3. Сроки гарантии и сроки службы могут быть применены лишь к материальным (овеществленным) результатам медицинской помощи, а именно: имплантаты, ортопедические и ортодонтические конструкции, пломбы и реставрации (совокупность изделий медицинского назначения, используемых для устранения эстетических и функциональных дефектов зуба).

1.4. Гарантийные сроки на такие изделия, используемые при оказании медицинской помощи, указаны в разделе 1.5. Положения и обозначают срок, в течение которого изготовитель ручается за функциональные и качественные свойства изделия, т.е. отсутствие его дефектов, при условии соблюдения Пациентом правил пользования таким изделием. Эти сроки не учитывают взаимодействие с тканями человека, а также непредсказуемую реакцию человеческого организма на то или иное медицинское вмешательство, поэтому гарантийные сроки могут быть приняты лишь как ориентировочные, условные. Исполнителем приведены данные, взятые из специальной литературы и общепринятой стоматологической практики.

1.5. Гарантийные сроки:

А. Терапевтическая стоматология:

- Реставрация зуба I, II, III класс Блека 5 лет.
- Реставрация зуба IV, V класс Блека 3 года.
- Первичное лечение корневых каналов, при условии их полной проходимости 5 лет.
- Лечение зуба, имеющего прямые показания к протезированию 1 год.

В. Ортопедическая стоматология:

- Постоянные ортопедические конструкции 5 лет.
- Мероприятия, проводимые в целях поддержания функциональности ортопедических конструкций (замена матриц, перебазировка, шлифовывание и т.п.) оплачиваются дополнительно.

С. Хирургическая стоматология:

- Дентальная имплантация 5 лет.
- Дентальная имплантация в сочетании с костной пластикой альвеолярного отростка или с синуслифтингом 3 года.
- В случае отторжения имплантата до начала протезирования, Исполнитель переустановит имплантат при

возможности обеспечения безопасности оказываемой услуги и отсутствии медицинских противопоказаний.

D. Ортодонтическая стоматология:

▪ Съёмные и несъёмные ортодонтические конструкции – весь срок выполнения ортодонтических процедур, если иное не оговорено заранее с Пациентом.

2.1. Гарантийные сроки не могут быть распространены (гарантия отсутствует) на следующие виды лечения:

- Повторное лечение корневых каналов;
- Шинирование зубов;
- Установка зубных украшений;
- Хирургическое лечение заболеваний пародонта;
- Пластика мягких тканей;
- Костная пластика дистальных отделов альвеолярного отростка нижней челюсти;
- Временные ортопедические конструкции;
- Лечение молочных зубов.

2.2. Клиника не несет гарантийных обязательств перед Пациентом при оказании стоматологических услуг в следующих случаях:

- при невозможности проведения или отказе Пациента от проведения диагностических, измерительных, контрольных снимков;
- при отказе или несогласии Пациента с планом лечебных и профилактических мероприятий или с планом протезирования предложенным врачами клиники;
- при возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению на территории РФ.
- при установке протеза, изготовленного специалистами других лечебных учреждений;
- при прекращении лечения по инициативе Пациента;
- при наличии у Пациента бруксизма (скрежет зубами) или патологической стираемости твердых тканей зубов, даже если было проведено лечение этого состояния.
- при возникновении осложнений по вине Пациента: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначенного лечения, несвоевременное сообщение о возникших осложнениях и др.

2.3. Гарантийные сроки могут быть уменьшены или отсутствовать вовсе при наличии у Пациента определенных общих заболеваний организма, способных влиять на зубочелюстную систему (ревматические заболевания, сахарный диабет, онкологические заболевания, некоторые виды авитаминозов и многие другие).

2.4. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока следующих обстоятельств:

- возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, которые напрямую приводят к изменению в зубах или окружающих тканях, в т.ч. длительный прием лекарственных средств при лечении других заболеваний,
- все случаи внешнего воздействия на зубочелюстную систему, каковыми могут быть травмы, перекусывание особо твердых предметов, сильное химическое, термическое, радиационное воздействие и пр. Также гарантия прекращает свое действие при работе пациента на вредном производстве.

2.5. Исполнителем приведены гарантийные сроки изделий, используемых при оказании следующих видов медицинских услуг: терапевтическая, ортопедическая, хирургическая и ортодонтическая стоматология. Данные сроки относятся к пациентам, у которых на момент начала оказания медицинских услуг имеется не более 12 кариозно-пораженных, удаленных зубов (КПУ) при медленно текущем процессе. При КПУ зубов 13-18 – сроки снижаются на 30%. При КПУ > 18 – сроки снижаются на 50%. Просрочка контрольного осмотра со стороны пациента более, чем на 30 суток приводит к прекращению гарантии. При неудовлетворительной гигиене полости рта, невыполнении строгих гигиенических требований гарантийные сроки отсутствуют полностью. Курение снижает гарантийные сроки на имплантацию на 50%.

2.6. Исполнитель своевременно предоставляет Пациенту в доступной для него форме необходимую и достоверную информацию о различных видах медицинского вмешательства, обеспечивающую возможность их правильного выбора. Данная информация передается Пациенту в устной форме, а также фиксируется в добровольных информированных согласиях на медицинское вмешательство, которые отражают сведения о диагнозе и прогнозе заболевания, методах его лечения и связанном с ними риске, возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и возможных результатах лечения.

2.7. В случае обоснованных претензий Пациента по поводу недостатков медицинской услуги он имеет все права, предусмотренные Законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» и иными нормативными правовыми актами РФ. С текстом закона можно ознакомиться на информационной доске Исполнителя

_____ (подпись) _____ (ФИО)

Дата: _____

Рентгенологическое исследование.

Я, _____ дата рождения _____, зарегистрированный (ая) по адресу: _____, паспорт серия: _____, номер: _____, выдан _____: с или действующий через законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____, или действующий через представителя _____ по доверенности № _____ от «_» _____ 20__ г., удостоверенной _____, настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», мне предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи (медицинских услуг), связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я информирован (а) о характере рентгенологического исследования, целях, методике его проведения и возможных ощущениях во время процедуры.

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования. Мне разъяснили, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографического исследования зубочелюстной системы, позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма.

Я даю свое согласие на проведение (нужное подчеркнуть) рентгеновского снимка, панорамного снимка, прицельного снимка, трехмерного рентгенологического исследования.

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения. Количество рентгеновских снимков, связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей моего организма. Мне сообщено, что рентгенологическое исследование не проводится в следующих случаях: беременность (только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии - 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.

Мною были заданы врачу стоматологу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющемся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Своей подписью я заверяю, что прочел и полностью понял (а) все слова и выражения, касающиеся предложенной мне процедуры проведения медицинского рентгенологического обследования, а также все данные мне объяснения.

Мое решение, о проведении рентгенологического исследования, является добровольным.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю что он имеет юридическую силу.

_____ / _____

подпись ФИО полностью

Дата подписания: _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Пациента принял

_____ / _____

подпись рентгенолога ФИО полностью