

**Типовой Договор  
на оказание платных стоматологических услуг**

Санкт-Петербург

«\_\_\_\_\_» 20\_\_\_\_ г.

Санкт-Петербургское государственное автономное стационарное учреждение социального обслуживания «Психоневрологический интернат № 9», в лице директора \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава и лицензии \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» и гражданин \_\_\_\_\_

(Ф.И.О)  
именуемый (-ая) в дальнейшем Потребитель (Пациент), вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее - Договор) о порядке и условиях предоставления Потребителю платных стоматологических услуг.

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю комплекс медицинских стоматологических услуг, именуемые (далее - стоматологические услуги, лечение), отвечающее требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель обязуется оплатить оказываемые услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и выполнять требования, обеспечивающее качественное предоставление медицинской стоматологической услуги (выполнять рекомендации врача-стоматолога). Стоматологические услуги оказываются Исполнителем после проведения обследования.

**2. Общие положения**

2.1. При заключении настоящего Договора Потребитель подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах, содержащей следующие сведения:

перечень стоматологических услуг, оказываемых Исполнителем, условия их предоставления; порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях; стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных стоматологических услуг;

стоимость платных стоматологических услуг, срок и порядок оплаты; информацию о враче-стоматологе, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, графике его работы;

информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

Иные сведения, по требованию Потребителя, связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

2.2. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований, содержание которых доведено до сведения Потребителя в доступной форме.

**3. Обязательства Сторон**

**3.1. Права и обязанности Исполнителя:**

**Исполнитель обязуется:**

3.1.1. При первом обращении за получением стоматологических услуг проинформировать устно в полном объеме Пациента в доступной для последнего форме о целях, методах оказания стоматологических услуг, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания стоматологических услуг, и по итогам информирования предложить Пациенту:

- оформить путем ознакомления и подписания информированное добровольное согласие на планируемые медицинские вмешательства (Приложение №1)

При отказе от одного или нескольких медицинских вмешательств разъяснить Пациенту устно, в доступной форме, возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояний).

Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Пациентом и врачом-стоматологом, является неотъемлемой частью медицинской карты.

### 3.1.2. Провести обследование (первичную консультацию), по итогам которого:

- предоставить Пациенту полную и достоверную информацию в устной форме о состоянии полости рта в рамках специализации врача-стоматолога; о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности; о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе оказания стоматологической услуги и после нее; о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать Пациенту для сохранения достигнутого результата оказанной стоматологической услуги, а также о необходимости проведения дополнительных методов обследования,

- при необходимости составить план лечения - комплекс лечебных мероприятий, необходимый для достижения положительных результатов лечения, обязательный для полного выполнения Сторонами (в случае необходимости проведения дополнительных методов обследования - предварительный план лечения), подписанный врачом и Пациентом, являющийся неотъемлемой частью Договора,

- определить и сообщить устно Потребителю примерные сроки выполнения различных планов лечения;

- проинформировать устно Потребителя, до оказания стоматологических услуг, о стоимости лечения, установленной в соответствии с планом лечения и прейскурантом цен (финансовая составляющая плана лечения),

- отразить результаты обследования, предварительный диагноз, план лечения, информацию о необходимости дополнительных методов обследования в медицинской карте Пациента.

3.1.3. При необходимости, установленной в ходе первоначального обследования, провести с согласия Пациента обследование дополнительными методами. Объем дополнительных методов обследования определяется и составляется врачом-стоматологом в соответствии с современными технологиями.

### 3.1.4. По итогам проведения обследования дополнительными методами

- провести уточняющее устное информирование Пациента о состоянии полости рта в рамках специализации врача-стоматолога; о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности; о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе оказания стоматологической услуги и после нее; о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать Пациенту для сохранения достигнутого результата оказанной стоматологической услуги;

- определить и сообщить Потребителю примерные сроки выполнения плана лечения;

- проинформировать Потребителя до оказания стоматологических услуг о стоимости лечения, установленной в соответствии с планом лечения и прейскурантом цен (финансовая составляющая плана лечения);

- отразить результаты обследования, предварительный диагноз, план лечения в медицинской карте Пациента.

3.1.5. Проинформировать Потребителя в случае возникновения в ходе оказания стоматологической услуги обстоятельств (скрытых патологий), которые могут привести к увеличению объема услуг, изменению стоимости, возможных осложнениях и изменению плана лечения.

3.1.6. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения осуществить качественное предоставление стоматологических услуг с использованием современных технологий, оборудования и материалов.

3.1.7. Использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории Российской Федерации с соблюдением предъявляемых к ним требований.

3.1.8. Обеспечить соблюдение действующих санитарных норм при подготовке и во время оказания стоматологических услуг Потребителю.

3.1.9. Обеспечить наиболее безболезненные и рациональные методы лечения в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

3.1.10. Проинформировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать в ходе лечения, а также по окончании для сохранения достигнутого результата лечения.

3.1.11. Выдавать Потребителю медицинскую документацию в случаях, предусмотренных действующим законодательством и нормативными актами.

3.1.12. По факту оказанной услуги предоставить Потребителю документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги, установленного образца.

3.1.13. Вести и оформлять медицинскую документацию Потребителя в соответствии с законом.

3.1.14. По завершении выполнения лечения составить и подписать акт об оказании платных медицинских стоматологических услуг.

3.1.15. По заявлению Потребителя оформить и выдать Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

### **3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Требовать от Потребителя надлежащего исполнения обязательств по настоящему Договору.

3.2.2. Самостоятельно определять и вносить изменения в сменный график работы специалистов.

3.2.3. Отступить от запланированного плана лечения в части графика лечения в случае опоздания (или неявки) Пациента без заблаговременного предупреждения при занятости специалиста, непосредственно осуществляющего лечение.

3.2.4. В лице врача-стоматолога, непосредственно оказывающего стоматологическую услугу, осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.

3.2.5. Направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию при отсутствии технической возможности для выполнения необходимых диагностических или лечебных мероприятий, в рамках предоставления стоматологических услуг по Договору.

3.2.6. Отказать в предоставлении стоматологической услуги, а равно в продолжении оказания бстоматологической услуги с обязательной фиксацией факта отказа в лечении (в продолжении лечения) и причин такого отказа в медицинской документации в случаях:

3.2.6.1. выявления у Пациента временных (сроком не более 30 (тридцати) дней) медицинских противопоказаний или состояния здоровья, ограничивающее или делающее невозможным предоставление стоматологических услуг;

3.2.6.2. нахождения Пациента в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения.

Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Пациента острого стоматологического состояния, требующего неотложной помощи.

3.2.7. В одностороннем порядке расторгнуть договор при наличии одного из следующих оснований:

- грубое нарушение Потребителем условий настоящего договора. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя;

- несоблюдение Пациентом требований и рекомендаций лечащего врача-стоматолога в период лечения, исключающем возможность предоставления стоматологических услуг в соответствии с обязанностями Исполнителя по договору;

- несвоевременная оплата ранее оказанных платных стоматологических услуг;

- неявка в течение более 30 (тридцати) дней от назначенной лечащим врачом даты;

-в случае если медицинские противопоказания или состояние здоровья, ограничивающее предоставление стоматологических услуг или делающих его невозможным, выявленные у Потребителя согласно п.п. 3.2.6.1. носят хронический или длящийся характер (более 6 месяцев).

### **3.3. Права и обязанности Потребителя:**

#### **Потребитель (Пациент) обязан:**

3.3.1. Предоставить до оказания стоматологических услуг, необходимую для Исполнителя достоверную информацию о состоянии своего здоровья, а также иные сведения, необходимые для оказания стоматологических услуг.

3.3.2. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг.

3.3.3. Незамедлительно сообщать лечащему врачу обо всех изменениях или отклонениях, возникших в процессе лечения в состоянии своего здоровья, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

3.3.4. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры в назначенное согласно графику лечения время. При невозможности явиться на консультацию, процедуру

или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) лично или посредством любого вида связи не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя.

3.3.5. При необходимости со стороны Потребителя временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления и факт получения уведомления Исполнителем.

3.3.6. Оплатить стоматологические услуги, включая дополнительные стоматологические услуги, вызванные двусторонне согласованным изменением плана лечения, в полном объеме и в порядке, установленными настоящим Договором.

3.3.7. Стого соблюдать Правила внутреннего порядка, установленные в помещении Исполнителя.

3.3.8. Во время лечения являться на запланированные визиты к лечащему врачу в точно указанное время, выполнять все предписания и рекомендации лечащего врача, в том числе данные врачом в устной форме во время лечения и по его окончании.

3.3.9. Выполнять условия, обеспечивающие качественное и своевременное предоставление услуг, включая письменное сообщение необходимых для этого сведений, содержащихся в анкете о состоянии здоровья, и паспортной/опросной части медицинской карты Потребителя.

3.3.10. Проводить начатое лечение определенного стоматологического заболевания только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие медицинские учреждения, за исключением возникновения у пациента острого стоматологического состояния, требующего неотложной помощи и Пациент не имеет объективной возможности обратиться за такой помощью к Исполнителю. В противном случае претензии по поводу начатого лечения удовлетворению не подлежат.

3.3.11. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов зубных протезов, болевых ощущений от их установки или любых осложнений, первоначально и незамедлительно заявить об этом Исполнителю и явиться на прием для установления причины, совместного принятия решения об исправлении недостатка Исполнителем (в случае возникновения недостатка по вине Исполнителя) или принятия решения о возможном устранении недостатка в другой медицинской организации.

3.3.12. По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации врача по соблюдению правил гигиены и ухода за полостью рта.

#### **3.4. Потребитель имеет право:**

3.4.1. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья.

3.4.2. Получить максимально полную информацию о предоставляемых стоматологических услугах и их стоимости (порядок и условия ее оказания, сведения о враче-стоматологе, предоставляющем услугу и т.д.).

3.4.3. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских стоматологических услуг.

3.4.4. Выбирать по своему усмотрению план лечения (в случае наличия нескольких планов лечения).

3.4.5. На обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.6. На облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством.

3.4.7. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала Исполнителя.

3.4.8. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту-стоматологу.

3.4.9. На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.10. В одностороннем порядке, без указания причин, на любом этапе плана лечения отказаться от дальнейшего получения платных медицинских стоматологических услуг при соблюдении условий расчетов, установленных настоящим договором.

### **4. Условия и сроки предоставления платных стоматологических услуг**

4.1. Платные стоматологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя и его согласия получить медицинскую стоматологическую услугу на возмездной основе за счет собственных средств.

4.2. Потребитель предоставляет Исполнителю всю имеющуюся медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при стоматологических заболеваниях.

4.3. Исполнитель предоставляет Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.6. Потребитель незамедлительно ставит в известность специалистов Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых стоматологических услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несет ответственности за ухудшение качества оказываемой услуги или состояния здоровья Потребителя, вызванной несовместимостью лечения с изменениями здоровья, о которых Исполнитель не был извещен.

4.7. Платные стоматологические услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя.

4.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору (Приложение № 4).

4.8 Срок начала оказания Стоматологических услуг определяется датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю, либо днем, который Потребитель установит как дату своего прихода на прием (запись по телефону) после подписания настоящего договора.

4.9. Срок оказания стоматологических услуг целиком зависит от тяжести заболевания, индивидуальных особенностей состояния здоровья Пациента и соблюдения Пациентом рекомендаций врача-стоматолога и своевременности его посещения, по причине чего не могут быть точно заранее определены.

## **5. Качество услуг и гарантийные обязательства**

5.1. Медицинская стоматологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры.

5.2. Осложнения, наступившие после оказания стоматологической услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Потребителем рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

5.3. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Потребитель был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

5.4. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Потребителя в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

## **6. Стоимость услуг и порядок расчетов**

6.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на момент оказания услуги, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг, и указывается в согласованном Сторонами Плане лечения.

6.2. Стоимость стоматологических услуг согласованных Сторонами в Плане лечения не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения. Точная стоимость в таких случаях определяется после окончательного завершения лечения.

6.3. За оказываемые Исполнителем Стоматологические услуги Потребитель вносит оплату в день обращения по факту и количеству оказанных услуг. Стоимость оказанных Стоматологических услуг оплачивается Потребителем непосредственно по окончании посещения врача (сеанса лечения) в день

оказания стоматологических услуг в соответствии со стоимостью произведенных стоматологических манипуляций, фактически проведенных в это посещение.

6.4. Оплата осуществляется Потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законодательством способом.

6.5. В случае несвоевременной оплаты этапов лечения, Исполнитель вправе начислять законные проценты на сумму обязательства Потребителя по оплате услуг за период пользования средствами в соответствии со ст. 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации.

6.6. В случае расторжения Договора по основаниям, указанным в п.п. 8.1., 8.2., Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанную услугу в соответствии с действующим прейскурантом.

## **7. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

7.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Потребитель несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

7.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 20 (Двадцати) дней с момента ее получения.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Потребителя от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Потребителя от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Потребителя медицинских противопоказаний или состояние здоровья, ограничивающее предоставление стоматологических услуг или делающих его невозможным, скрытых Потребителем (а равно впервые выявленных в процессе лечения) и, вследствие этого, неучтённых лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбировочные материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, в том числе осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведённых в другом медицинском учреждении или самим Потребителем.

7.5. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

## **8. Порядок изменения и расторжения договора**

8.1. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

8.2. Договор может быть расторгнут:

- по инициативе Потребителя на любом этапе плана лечения в случае отказа Потребителя от дальнейшего получения платных стоматологических услуг при условии оплаты Исполнителю фактически оказанных Стоматологических услуг и понесенных расходов;

- по инициативе Исполнителя по основаниям, указанным в п.п. 3.2.6.1., 3.2.6.2.;

- в иных случаях в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. При расторжении Договора по любому из оснований Стороны подписывают Акт (Соглашение) о расторжении Договора.

8.4. Любые изменения настоящего Договора возможны только по соглашению Сторон.

## **9. Срок действия договора и иные условия**

9.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение 3 (трех) лет с момента подписания его Сторонами. Если по истечении указанного срока предусмотренная

согласованным Сторонами в Плане лечения стоматологическая услуга не завершена, то до момента завершения ее оказания.

9.2. Договор составляется в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

## 10. Приложения к Договору

10.1. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемыми частями:

- Форма Информированного добровольного согласия на каждый вид планируемых медицинских вмешательств (Приложение № 1);
- Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 2);
- Акт об оказании платных стоматологических услуг (Приложение № 3).

## 11. Сведения о Сторонах

### 11.1. Исполнитель:

Наименование: Санкт-Петербургское государственное автономное стационарное учреждение социального обслуживания «Психоневрологический интернат №9» (СПб ГАСУ СО «ПНИ № 9»),  
Адрес: 198320, Санкт-Петербург, г. Красное Село, ул. Красногородская, д.1,  
Адрес места оказания медицинских услуг: 198320, Санкт-Петербург, г. Красное Село,  
ул. Красногородская, д.1,

Реквизиты: ИНН 7807022277, КПП 780701001, плательщик Комитет финансов Санкт-Петербурга  
(СПб ГАСУ СО «ПНИ № 9» Л/с 0252067) в Северо-Западном ГУ Банка России УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург

Расчетный счет: 03224643400000007200 (40102810845370000005)

БИК: 014030106

ОКТМО: 40353000

ОГРН: 1037819001990

### 11.2. Потребитель:

Паспорт \_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения)  
(номер, когда и кем выдан)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_ электронная почта \_\_\_\_\_

### 11.3. Заказчик:

Паспорт \_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения)  
(номер, когда и кем выдан)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_ электронная почта \_\_\_\_\_

## 12. Подписи сторон

Исполнитель:

Потребитель

Заказчик

Директор  
СПб ГАСУ СО ПНИ №9

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись                    Ф.И.О.                    подпись                    Ф.И.О.                    подпись                    Ф.И.О.

М.П

Приложение № 1  
к Договору на оказание платных  
стоматологических услуг  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Приложение № 2  
к приказу Минздрава России  
от 12.11.2021 № 1051н

**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 гражданина 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть). В Санкт-Петербургском государственном автономном стационарном учреждении социального обслуживания «Психоневрологический интернат № 9».

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 выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

Приложение № 2  
к Договору на оказание платных  
стоматологических услуг  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Согласие  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

Проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи)

(наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152 «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским государственным автономным стационарным учреждением социального обслуживания «Психоневрологический интернат № 9», (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты документа удостоверяющего личность - в целях исполнения заключённого договора на оказание платных стоматологических услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. (далее - Договор).

В процессе исполнения Оператором обязанностей по Договору я предоставляю право его работникам осуществлять следующие действия с моими персональными данными: обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных; обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных Оператора; обмен (прием и передачу) моих персональных данных контролирующими органами органам исполнительной власти, государственным структурам (строго в пределах их компетенции), в порядке установленном законодательством, а также в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

По достижении цели обработки моих персональных данных предоставляю Оператору право на уничтожение документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с тем, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами Оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

« \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г. / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО потребителя, заказчика)

Приложение № 3  
к Договору на оказание платных  
стоматологических услуг  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Акт об оказании платных стоматологических услуг**

« \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

Исполнитель - Санкт-Петербургское государственное автономное стационарное учреждение социального обслуживания «Психоневрологический интернат №9»

Заказчик:

Настоящий акт составлен в том, что на основании договора № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.  
Исполнитель оказал Заказчику следующие услуги:

№	Наименование услуги	Количество услуг	Стоимость (руб.)
1			
2			
3			
4			

Итого: \_\_\_\_\_ рублей, без налога  
(НДС)

Все вышеуказанные услуги оказаны полностью, претензий к качеству оказанных исполнителем услуг Заказчик не имеет.

Потребитель (Заказчик):

Исполнитель:

Директор  
СПб ГАСУСО «ПНИ №9»

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О

М.П.