ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Утверждаю
Приказ №12 от 09.02.2021 г.
Генеральный директор ООО «Лазурит»
Ю.В. Науменко
«09» 02 2021 г.
мп

Правила оказания платных медицинских стоматологических услуг ООО «Лазурит»

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила оказания платных медицинских стоматологических услуг (далеее – Правила) являются локальным нормативным актом ООО «Лазурит» (далее – Клиника), разработаны на основании и в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», а так же Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. и Федеральным законом «О защите прав потребителей в РФ» № 2300-1 от 07.02.1992 г.

1.2. Настоящие Правила определяют нормы поведения пациентов и иных посетителей, условия и порядок предоставления платных медицинских стоматологических услуг (далее – стоматологические услуги), порядок их оплаты в Клинике.

1.3. Настоящие правила размещаются для всеобщего ознакомления на стойке в регистратуре Клиники в свободном и доступном для ознакомления месте и на сайте Клиники www. n-dente.ru.

1.4. Основной формой оказания медицинской помощи (медицинских услуг) в Клинике является плановая медицинская помощь - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

1.5. Условия оказания медицинской помощи (медицинских услуг) - амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

1.6. Клиника оказывает платные медицинские услуги в области стоматологии на основании Лицензии № ЛО-77-01-018474 от 25 июля 2019 г., выданной Департаментом здравоохранения города Москвы в соответствии с номенклатурой работ и услуг, предусмотренной приложением к лицензии, а именно:

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- сестринскому делу,
- по сестринскому делу в косметологии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- ортодонтиии,
- стоматологии детской,
- стоматологии ортопедической,
- стоматологии терапевтической,
- стоматологии хирургической,
- косметологии.

1.7. Прейскурант платных медицинских услуг, оказываемых Клиникой, с указанием их наименования и стоимости размещен на стойке в регистратуре в свободном и доступном для ознакомления месте и на сайте Клиники.

1.8. Применяемые термины и определения:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, 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 (далее - договор);

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям;

Стоматологическая (медицинская) услуга - это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение стоматологических заболеваний зубов, полости рта и зубочелюстной системы и имеющих самостоятельное законченное значение;

Лечение (план лечения) - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению лечащего врача и (или) врача соответствующей специальности, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания, либо состояния пациента, полная или частичная компенсация функции утраченного зуба (зубов), восстановление или улучшение его стоматологического здоровья;

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская услуга или которое обратилось за оказанием медицинских услуг независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Пациента (например, один из родителей в пользу ребенка, муж в пользу жены, работодатель в пользу работника и т.п.)

Лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию (по своей специальности) пациенту медицинских услуг в период наблюдения за ним и его лечения в соответствии с заключенным договором об оказании платных стоматологических услуг.

Посетителем Клиники признается любое физическое лицо, временно находящееся в здании (помещении) Клиники, для которого Клиника не является местом работы

2. Правила поведения в Клинике

2.1. Пациент (Посетитель) обязан обуть бахилы при входе в Клинику, оставить верхнюю одежду в шкафу в регистратуре Клиники.

2.2. Пациент проходит в стоматологические кабинеты только по приглашению и в сопровождении персонала Клиники.

2.3. Несовершеннолетние лица в возрасте до 14 лет могут находиться в помещении Клиники только в сопровождении близких родственников, опекунов, педагогов, других сопровождающих их лиц.

2.4. Нахождение сопровождающих пациента лиц в кабинете допускается только с разрешения лечащего врача и при условии выполнения его указаний.

2.5. Медицинская карта стоматологического пациента является собственностью

Клиники и хранится в регистратуре Клиники.

2.6. Пациент обязан:

а) проявлять в общении с медицинским работником такт и уважение, быть выдержанным, доброжелательным;

б) не приходить на прием к врачу в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического и иного);

в) своевременно являться на прием и предупреждать о невозможности явки по уважительной причине;

г) не предпринимать действий, способных нарушить права других пациентов и работников Клиники;

д) соблюдать установленный порядок деятельности Клиники и нормы поведения в общественных местах;

е) не вмешиваться в действия лечащего врача и не осуществлять иные действия, способствующие нарушению процесса оказания медицинской помощи;

ж) не допускать проявления неуважительного отношения к иным пациентам и работникам Клиники;

з) бережно относиться к имуществу Клиники, соблюдать чистоту и тишину в помещениях Клиники.

2.7. В целях соблюдения общественного порядка, предупреждения и пресечения террористической деятельности, иных преступлений и административных правонарушений, обеспечения личной безопасности работников Клиники, пациентов и посетителей в помещении Клиники **запрещается**:

а) проносить в здание и служебные помещения Клиники огнестрельное, газовое и холодное оружие, ядовитые, радиоактивные, химические и взрывчатые вещества, спиртные напитки и иные предметы и средства, наличие которых у посетителей либо их применение (использование) может представлять угрозу для безопасности окружающих;

б) иметь при себе крупногабаритные предметы, в том числе хозяйственные сумки, рюкзак, вещевые мешки, чемоданы, корзины и т.п.;

в) находиться в служебных помещениях Клиники без разрешения;

г) курить во всех помещениях Клиники;

д) выносить из помещения Клиники документы, полученные для ознакомления;

е) изымать какие-либо документы из медицинских карт, со стендов (стоек) и из информационных папок;

ж) помещать на стендах и оставлять на журнальных столиках объявления без разрешения руководства Клиники;

з) производить фото- и видеосъёмку без предварительного разрешения руководства Клиники;

и) выполнять в помещениях Клиники функции торговых агентов, представителей и находиться в помещениях Клиники в иных коммерческих целях;

к) находиться в помещениях Клиники в верхней одежде, в грязной обуви, без бахил.

2.8. Запрещается доступ в помещение и служебные помещения Клиники лицам в состоянии алкогольного, наркотического и иного опьянения, с агрессивным поведением, не отвечающим санитарно-гигиеническим требованиям. В случае выявления указанных лиц они удаляются из помещения Клиники сотрудниками Клиники и (или) правоохранительными органами.

2.9. В случае нарушения пациентами и иными посетителями установленных правил поведения в клинике работники Клиники вправе им делать соответствующие замечания и применять меры воздействия, предусмотренные действующим

законодательством.

2.10. Воспрепятствование осуществлению процесса оказания медицинской помощи, неуважение к работникам Клиники и иным пациентам и посетителям Клиники, нарушение общественного порядка в здании (помещении) и служебных помещениях Клиники, неисполнение законных требований работников клиники влечет административную ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

2.11. Врач имеет право отказать пациенту в наблюдении и лечении (согласовав с главным врачом и (или) генеральным директором), если это не угрожает жизни пациента, в случае несоблюдения пациентом настоящих правил поведения в Клинике и законных требований работников Клиники.

3. Условия и порядок предоставления платных медицинских стоматологических услуг

3.1. Пациент может получить предварительную информацию об оказываемых платных медицинских стоматологических услугах, их стоимости, порядке оплаты у администратора Клиники по телефону или на сайте Клиники.

3.2. Стоматологические услуги предоставляются по предварительной записи на прием к врачу (заранее или в день обращения), осуществляемой как при непосредственном обращении в регистратуру Клиники, так и по телефону или через сайт Клиники.

3.3. Если Пациент ранее не обслуживался в Клинике, администратор записывает Пациента на первичный осмотр и консультацию к врачу соответствующей специальности, предлагая пациенту врача у которого есть свободное время на ближайший день. Если пациент просит записать его к определенному врачу, то администратор записывает пациента в имеющееся свободное время в расписании этого врача.

3.4. На первичный осмотр и консультацию Пациент должен прийти заранее, не менее чем за 15 минут до назначенного времени приема для оформления соответствующей документации (согласия на обработку персональных данных, договора, анкеты о состоянии здоровья, медицинской карты и др.) и своевременного начала приема.

3.5. Очередность сбора и подписание первичного пакета документов:

а) В соответствии с требованием Федерального закона от 27.07.06 г. №152-ФЗ «О персональных данных» подписывается «Согласие пациента на обработку персональных данных» (Утверждено приказом генерального директора №9 от 09.02.2021 г.), предоставление «Согласия пациента на обработку персональных данных» позволяет Клинике использовать персональные данные в процессе оказания услуги, заносить информацию в автоматизированную программу учета приемов пациентов.

б) Пациентом подписывается (в случае согласия) Информированное добровольное согласие на предварительный осмотр и консультацию (Приложение №1 к Правилам).

в) Заполняется форма № 043/у «Медицинская карта стоматологического больного», утвержденной Минздравом СССР от 04.10.1980 г. № 1030, которая является медицинским документом и хранится в Клинике в течение 5 лет, в медицинской карте фиксируются результат обследования, назначения и рекомендации врача, наименование и объем выполненных медицинских вмешательств и прочая информация о состоянии здоровья Пациента и оказанной ему медицинской помощи.

г) Заполняется «Карта здоровья», которая внимательно изучается лечащим врачом и позволяет учитывать особенности здоровья Заказчика при планировании лечения. (Приложение №2 к Правилам).

д) До заключения договора Пациент ознакамливается и подписывает Уведомление (Приложение №3 к Правилам), о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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 потребителя.

е) Заключается Договор на оказание платных стоматологических услуг (далее - Договор), в письменной форме в 2 -х экземплярах, по одному для каждой из сторон. (Приложение №4 Договор на оказание платных стоматологических услуг или Приложение №5 Договор на оказание платных стоматологических услуг с применением дентальных имплантатов). Договор - это документ, призванный защитить права пациента, еще до получения услуг помочь понять, что Клиника предлагает Заказчику, как решаются спорные ситуации, как регламентировать ответственность сторон. Для заключения Договора необходимо предоставить Паспорт гражданина РФ, поскольку именно он, в соответствии с Положение о паспорте гражданина РФ (утв. постановлением Правительства РФ от 8 июля 1997 г. №828 с изм. и доп.) является основным документом, удостоверяющим личность гражданином Российской Федерации на территории Российской Федерации. Договор содержит: сведения об исполнителе, обязательство сторон, порядок расчетов, ответственность сторон за невыполнение условий договора, дополнительные условия, порядок изменения и расторжения договора, иные условия, определяемые по соглашению сторон, реквизиты сторон.

ж) Подписывается Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, информированное добровольное согласие подписывается сторонами на каждую стоматологическую услугу различной специализации (Приложение №6, Приложение №7 или Приложение №8 к Правилам). Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство позволяет Пациенту (Заказчику) в полной мере и доступной форме получить информацию о целях, методах диагностики и лечения, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах медицинского вмешательства.

з) Если и после информирования о необходимости лечения Пациент принимает решение отказаться от него, то Пациентом подписывается отказ от видов медицинских вмешательств (Приложение №9 к Правилам) и врачом в доступной для него форме разъясняются возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

и) Во время первичного осмотра и консультации врач осуществляет диагностику, направляет на дополнительные методы обследования (при необходимости), определяет методы и объемы медицинского вмешательства, предоставляет пациенту информацию о состоянии его здоровья, предлагаемом лечении и прогнозе лечения в виде плана лечения в Медицинской карте стоматологического больного и описи оказываемых услуг в Перечне оказываемых медицинских услуг (Приложение №10 к Правилам), по окончании лечения, с учетом дополнительных услуг, которые могут выполняться в процессе лечения, оформляется Акт выполненных работ (Приложение №11 к Правилам), Приложение №10 и №11 являются неотъемлемой частью договора на оказание платных стоматологических услуг.

к) Дополнительно к Договору на оказание платных стоматологических услуг с применением дентальных имплантатов подписываются Пациентом

Рекомендации при дентальной имплантации (Приложения №12 к Правилам), Послеопреационные инструкции (Приложение №13 к Правилам), Информация о зубных имплантах и курении (Приложение №14 к Правилам) и Карта опроса больного (Приложение № 15 к Правилам), которые являются неотъемлемой частью договора на оказание платных стоматологических услуг с применением дентальных имплантатов.

3.6. В случае опоздания Пациента более чем на 15 минут назначенного времени Клиника имеет право отказать в приеме, если оказание такой услуги может привести к изменению времени приема последующих пациентов. Опоздавшему пациенту администратор предлагает перенести прием на другое свободное время.

3.7. В случае непредвиденного отсутствия врача или других чрезвычайных обстоятельств, администратор Клиники предупреждает об этом Пациента при первой возможности по контактному телефону, указанному Пациентом при записи.

3.8. Накануне приема Клиника осуществляет предварительное уведомление о приеме с целью подтверждения явки на прием, оптимизации записи на прием и в случае изменения в расписании работы врачей. Клиника не несет ответственности за отсутствие возможности уведомить пациента об изменениях в приеме из-за: неверно указанного телефона, выключенного телефона, а так же в случае, если пациент не отвечает на звонки.

3.9. Если Пациент не может прийти в назначенное время, он должен заранее предупредить об этом администратора Клиники.

3.10. Сведения об образовании, специализации (специальности) и квалификации врачей размещены на информационной стойке в регистратуре Клиники и на сайте Клиники.

3.11. Клиника имеет право отказать Пациенту в оказании стоматологических услуг, если врач выявил у Пациента противопоказания или заболевания, исключающие безопасное оказание услуг, если у Пациента имеются острые воспалительные инфекционные заболевания, если Пациент отказывается пройти необходимое диагностическое обследование и (или) настаивает на использовании методов лечения, применение которых создает реальную угрозу жизни и здоровью Пациента, не исключающих или не сводящих к минимуму такую угрозу, а так же если Пациент находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3.12. Все сроки оказания медицинских услуг начинают исчисляться с момента подписания Пациентом или его законным представителем Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, а в случае комплексного лечения - с момента подписания Пациентом или его законным представителем Плана лечения.

3.13. Платные медицинские стоматологические услуги предоставляются Клиникой с соблюдением (в объеме) стандартов медицинской помощи, в том числе стандартов принятых в Клинике, протоколов ведения больных, общепринятых медицинских правил и разрешенных на территории Российской Федерации медицинских технологий (методов) профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

3.14. Клиника предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а именно:

стоматологическая (медицинская) услуга полагается оказанной качественно, если Исполнителем, с учетом его оснащённости и применяемых медицинских технологий (методов профилактики, диагностики и лечения) выполнены составляющие медицинскую услугу действия (манипуляции), предусмотренные общепринятыми медицинскими правилами и разрешенными в РФ медицинскими технологиями и методами, с учетом сроков и рекомендаций, предусмотренных общепринятыми медицинскими правилами, технологиями и методами, с учетом нозологической формы заболевания, состояния здоровья Пациента, иных индивидуальных особенностей достигнута положительная динамика, стабилизация хронического патологического процесса (заболевания),

улучшение состояния, ремиссия, купирование очага воспаления (осложнения), полная или частичная компенсация функции утраченного зуба (зубов), снижение рисков прогрессирования имеющегося у Пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса (заболевания). Удаление зуба(ов) не исключает факта оказания качественных стоматологических медицинских услуг.

3.15. В случае, если федеральным законом, иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских стоматологических услуг, качество предоставляемых клиникой платных медицинских стоматологических услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.16. Клиникой на отдельные стоматологические услуги (работы), на которые по их существу возможно предоставление гарантии, устанавливается гарантийный срок. Гарантийный срок на отдельные стоматологические услуги (работы) указан в Договоре на оказание платных стоматологических услуг (приложение №4 и 5 к Правилам). Гарантия носит персонифицированный характер, распространяется на отношения между Клиникой и Пациентом, и прекращает свое действие в случае вмешательства третьего лица (сторонней медицинской организации) в связи с затруднением в разграничении результатов медицинского вмешательства.

3.17. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения платных медицинских услуг договор расторгается. Клиника информирует Пациента (Заказчика) о расторжении договора об оказании платных медицинских услуг по инициативе Пациента. При этом Пациент (Заказчик) обязан оплатить Клинике фактически понесенные Клиникой расходы, связанные с исполнением обязательств по договору об оказании платных медицинских услуг.

4. Порядок и условия оплаты

4.1. Стоимость услуг предусмотрена Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг в ООО «Лазурит». Прейскурант цент размещен на стойке в регистратуре Клиники, а так же на сайте Клиники. Клиника вправе в одностороннем порядке изменить Прейскурант цен Клиники, как по составу услуг, так и по их стоимости.

4.2. Оплата за предоставленные стоматологические услуги (за исключением ортопедических, ортодонтических) производится непосредственно после их оказания, т.е. по окончании очередного приема, по ценам согласно Прейскуранта цен, действующему на день оказания услуг.

4.3. Оказание стоматологических ортопедических (по протезированию) и ортодонтических услуг осуществляется после внесения аванса в размере **50%** от предварительной стоимости лечения после выбора Пациентом конструкции и составления предварительного расчета стоимости лечения. Окончательный расчет за оказанные ортопедические (по протезированию) и ортодонтические услуги производится в день установки ортопедической или ортодонтической конструкции.

4.4. Оплата за стоматологические услуги производится в следующей форме:

- наличными денежными средствами в кассу Клиники;
- в безналичной форме банковской (кредитной) картой;
- в безналичной форме путем перечисления (перевода) денежных средств с расчетного счета Пациента на расчетный счет Клиники.

4.5. Расчеты с Пациентом (Заказчиком) за оказание стоматологических услуг осуществляются с применением контрольно-кассового аппарата. По факту внесения оплаты в кассу Клиники Пациенту (Заказчику) предоставляется кассовый чек.

4.6. В случае недостаточности у Пациента (Заказчика) денежных средств для оплаты оказанной услуги в установленный договором срок, задолженность Пациента

(Заказчика) перед Клиникой оформляется долговой распиской (Приложение №16 к Правилам).

4.7. В Клинике предусмотрена система скидок и акций. Подробная информация о скидках и акциях, об условиях их предоставления, видах лечения, на которые они предоставляются, краткосрочных бонусных акциях предоставляется по просьбе Пациента (Заказчика) сотрудниками регистратуры, а так же подробную информацию о скидках и акциях можно посмотреть на сайте Клиники.

5. Права и обязанности Пациента.

5.1. Пациент имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача;
- профилактику, диагностику, лечение в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связной с заболеванием и(или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, являющееся необходимым предварительным условием медицинского вмешательства;
- отказ от медицинского вмешательства либо потребовать его прекращение, в том числе разъяснение возможных последствий отказа (отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме в виде специального бланка документа или записью в медицинской карте и подписывается Пациентом или его законным представителем, а так же медицинским работником (Приложение №9 к Правилам));
- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
- получение по письменному требованию (заявлению) копии медицинских документов и выписок из них;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

5.2. Пациент обязан:

- заботиться о сохранении своего здоровья;
- соблюдать режим лечения, правила поведения пациента в Клинике и нормы поведения в общественных местах;
- своевременно являться на прием и предупреждать о невозможности явки по

уважительной причине;

- являться на лечение и осмотры в установленное и согласованное врачом время;
- соблюдать гигиену полости рта и выполнять профилактические мероприятия, рекомендованные лечащим врачом;
- выполнять рекомендации при прохождении различных методик лечения;
- сообщать врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза и лечения заболевания;
- информировать о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, предоставлять иные сведения, которые могут сказаться на качестве лечения;
- в случае своего согласия подписать информированное согласие на медицинское вмешательство, составленное в письменной форме;
- в случае отказа от медицинского вмешательства подписать отказ от медицинского вмешательства, составленный в письменной форме;
- ознакомиться с рекомендованным (рациональным) планом лечения и подписать его;
- неукоснительно выполнять все предписания и назначения лечащего врача;
- немедленно информировать врача об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения;

5.3. Пациент (Заказчик) обязан оплатить предоставленную Клиникой стоматологическую (медицинскую) услугу в сроки и порядке, предусмотренные договором об оказании платных медицинских стоматологических услуг.

5.4. Пациент (Заказчик) обязан оплатить Клинке фактически понесенные Клиникой расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, в случае отказа Пациента после заключения договора об оказании платных медицинских услуг от получения медицинских услуг и направления Клиникой Пациенту уведомления расторжении договора по инициативе Пациента.

6. Права и обязанности Клиники и лечащего врача.

6.1. Лечащий врач (врач) имеет право:

- самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза (диагностику) и оказания медицинской помощи (лечения);
- требовать прохождения до начала лечения подготовительных процедур по профессиональной гигиене полости рта (удаление налета и зубного камня);
- вправе с уведомлением пациента вносить изменения в лечение (план лечения) и провести дополнительное специализированное лечение;
- отказаться от дальнейшего ведения пациента, если пациент нарушает режим и сроки лечения, не выполняет назначения (рекомендации) врача по лечению, проявляет грубое, неуважительное отношение;
- на защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- совершенствование профессиональных знаний.

6.2. Лечащий врач (врач) обязан:

- оказывать медицинские услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения заболеваний зубочелюстной системы (зубов, полости рта, челюстно-лицевых суставов), разрешенным на территории РФ в рамках согласованного плана лечения и медицинскими показаниями;

- по результатам обследования предоставлять пациенту или его законному представителю в понятной и доступной форме достоверную информацию о состоянии здоровья пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, сущности предлагаемого лечения и предполагаемых результатах лечения;
- предоставлять пациенту в понятной и доступной форме информацию о ходе оказания медицинских услуг, о возможных осложнениях и дискомфорте как во время лечения, так и после лечения, в том числе в связи с индивидуальными особенностями пациента, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения;
- не допускать разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

6.3. Клиника обязана посредством размещения на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а так же на информационных стендах и стойках предоставить Пациенту (Заказчику) информацию, содержащую следующие сведения:

- наименование юридического лица;
- адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего регистрацию;
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, её номер, дату регистрации, перечень работ (услуг), составляющий медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, наименование и адрес места нахождения и телефон выдавшего её лицензирующего органа;
- перечень платных медицинских услуг с указанием цены в рублях, сведений об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы Клиники, график работы медицинских работников (врачей), участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны органов исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

6.4. По требованию Пациента (Заказчика) Клиника предоставляет для ознакомления (т.е. без ксерокопирования и(или) выноса копии за пределы территории регистратуры Клиники):

- копию учредительного документа Клиники - свидетельства о регистрации юридического лица в ЕГРЮЛ;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники в соответствии с лицензией.

6.5. До заключения договора Клиника в письменной форме должна уведомить Пациента (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций Клиники (медицинского работника, непосредственно предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество

предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

6.6. При заключении договора (т.е. до подписания, либо в момент подписания, либо после подписания договора) по требованию Пациента (Заказчика) Клиникой предоставляется информация о платных медицинских услугах Клиники, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (враче), его профессиональном образовании и квалификации;
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (услуги);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

6.7. После консультации и диагностики лечащим врачом Клиника составляет смету (предварительную смету) на предоставляемые по договору платные медицинские услуги, которая является неотъемлемой частью договора (Приложение №10 к Правилам).

6.8. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Клиника (медицинский работник, непосредственно предоставляющий медицинскую услугу) обязана предупредить об этом Пациента (Заказчика).

6.9. Без согласия Пациента (Заказчика) Клиника не вправе предоставлять Пациенту дополнительные платные медицинские услуги.

6.10. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Клиника вправе назначить другого врача или отменить прием, приняв меры для предварительного уведомления пациента.

6.11. Клиника информирует Пациента (Заказчика) о расторжении договора об оказании платных медицинских услуг по инициативе Пациента в случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Пациент (Заказчик) обязан оплатить Клинике фактически понесенные Клиникой расходы, связанные с исполнением обязательств по договору об оказании платных медицинских услуг.

6.12. Клиника после полного исполнения договора об оказании платных медицинских услуг по требованию Пациента или его законного представителя выдает Пациенту (законному представителю) медицинские документы (т.е. копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг.

7. Ответственность Клиники

7.1. Контроль за организацией и качеством оказания медицинских стоматологических услуг Клиникой осуществляют в пределах своей компетенции:

Департамент здравоохранения города Москвы, 127006, г.Москва, Оружейный переулок, дом 43, строение 1, телефон: 8 (499) 251-83-00 — справочная служба, 8 (499) 251-14-55 — горячая линия;

Территориальный орган Росздравнадзора по г. Москве и Московской области, 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д.12 А, телефон: 8 (495) 611-47-74; 8 (916) 256-76-76;

Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по городу Москве в Северном АО города Москвы, г. Москва, ул. Адмирала Макарова, д. 10, строение 1,

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1
телефон: 8 (495) 452-44-83, 8 (495) 452-44-83;

а так же иные государственные органы и учреждения, на которые в соответствии с законами и иными нормативными актами РФ возложены полномочия государственного контроля за деятельностью медицинских организаций.

7.2. В отношениях с пациентами Клиника применяет все возможные меры для урегулирования споров и спорных ситуаций по взаимному согласию с пациентом. В случае не достижения сторонами взаимоприемлемого решения спор передается в суд.

7.3. Претензии и жалобы пациентов предъявляются в устной форме непосредственно главному врачу Клиники в установленные часы приема или в письменном виде. Претензии (жалобы), поданные в письменном виде, рассматриваются врачебной комиссией Клиники в течение 10 дней со дня получения.

7.4. Претензии Пациента о ненадлежащем качестве оказанных услуг, причинении вреда жизни и здоровью и иные претензии и заявления Пациента, требующие его осмотра, дополнительных диагностических мероприятий, привлечения сторонних специалистов и экспертов, рассматриваются в течение 30 (тридцати) дней со дня их получения. Принятое решение врачебной комиссии доводится до сведения пациента. Во время рассмотрения жалобы, претензии Клиника имеет право требовать от Пациента предоставления дополнительной информации, которая имеет значение для рассмотрения жалобы, претензии по существу.

7.5. В случае прохождения Пациентом независимой экспертизы по вопросам предоставления медицинских услуг, Пациент обязан сообщить в Клинику письменно о дате и времени проведения соответствующей экспертизы с целью обеспечения присутствия представителя Клиники при проведении экспертизы.

7.6. Клиника не принимает претензии Пациентов о качестве медицинской помощи и причиненном вреде здоровью, в основе которых лежат частные мнения специалистов других медицинских организаций, не уполномоченных в установленном законом порядке на осуществление экспертизы качества медицинской помощи.

7.7. В соответствии с законодательством РФ Клиника несёт ответственность перед Пациентом за непредставление или несвоевременное предоставление информации об услугах, неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни пациента.

7.8. В соответствии со ст. 28 «Закона о защите прав потребителей», если Клиника нарушила сроки выполнения работы (оказания услуги) - сроки начала и(или) окончания выполнения работы (оказания услуги) и(или) промежуточные сроки выполнения работы (оказания услуги) или во время выполнения работы (оказания услуги) стало очевидным, что она не будет выполнена в срок, при добросовестном соблюдении Пациентом указанных сроков и обязательств, Пациент по своему выбору вправе:

- назначить новый срок выполнения работ (оказания услуг);
- поручить выполнение работы (оказание услуги) третьим лицам за разумные цену или выполнить своими силами и потребовать от клиники возмещения понесенных расходов;
- потребовать уменьшение цены выполненных работ (оказанных услуг);
- отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения убытков.

7.9. Добросовестным соблюдением Пациентом сроков и обязательств является своевременная явка на прием как для начала лечения, так и для продолжения начатого лечения, следующего этапа комплексного лечения, своевременное согласование плана лечения, дача в письменной форме информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, своевременное внесение оплаты за оказанные услуги или предусмотренного договором внесения аванса.

7.10. Претензии и споры между Пациентом и Клиникой разрешаются в досудебном порядке путем предъявления претензии или заявления в письменной форме, и в случае не достижения сторонами взаимоприемлемого решения - передаются в суд.

7.11. Клиника не отвечает за просрочку оказания услуг, а так же за недостатки оказанной стоматологический услуги, если они возникли:

- вследствие несоблюдения Пациентом указаний и рекомендаций лечащего врача, в том числе невыполнения, неполного выполнения направлений (назначений) врача на диагностическое обследование в целях уточнения или исключения диагноза заболевания; невыполнения рекомендаций о получении консультации смежного врача-специалиста по направлению (назначению); неявки, несвоевременной явки на прием к врачу для лечения или продолжения начатого лечения; несоблюдения рекомендаций о приеме лекарственных препаратов и режиме их приема; рекомендаций о лечении выявленных стоматологических и сопутствующих заболеваний, несоблюдения согласованного плана лечения;
- вследствие несоблюдения пациентом правил пользования результатом оказанной услуги, в т.ч. ортопедической, ортодонтической конструкцией, восстановленным зубом и т.п.;
- вследствие действий третьих лиц или непреодолимой силы.

7.12. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

8. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных услуг

8.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

8.2. Вред, прочиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.3. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение 1
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

Информированное добровольное согласие на предварительный осмотр и консультацию

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:_____

_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «Лазурит». Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения у врача-стоматолога.

Представляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состояние моего здоровья (здоровья моего подопечного) и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, отказываясь от применеия данных диагностических манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о сс отянии моего здоровья.

Я проинформирован (а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на её проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

_____ _____
(подпись) *(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)*

_____ _____
(подпись) *(Ф.И.О. врача)*

"_____" _____ _____ г.
(дата оформления)

Приложение №2
К Приказу № 12 от 9.02.2021 г.

Карта здоровья

Фамилия _____ *год рождения* _____

ВОПРОСЫ
(ответьте на каждый вопрос «ДА» или «НЕТ»)

1. Имеется ли у Вас повышенное/пониженное артериальное давление? До каких показателей?_____
2. Был ли у Вас инфаркт миокарда? _____
3. Имеется ли у Вас заболевание суставов, ревматизм?_____
4. Была ли у Вас желтуха, гепатит?_____
5. Болеете ли Вы туберкулезом?_____
6. Больны ли Вы диабетом?_____
7. Больны ли Вы венерическими заболеваниями?_____
8. Заражены ли Вы СПИДом?_____
9. Бывают ли у Вас припадки, обмороки?_____
10. Возникало ли у Вас длительное кровотечение после удаления зуба или ранений?_____
11. Принимаете ли Вы какие-нибудь лекарства в настоящее время? Какие?_____
12. Имеется ли у Вас непереносимость (аллергия) к пенициллину или другому лекарству или веществу? (хлор, антибиотики, анестетики, йод, препар. кальция) _____
13. Имеете ли Вы заболевания сердца, ЖКТ и других органов, перенесенные операции? Какие ?COVID-19? _____
14. Астма, удушье_____
15. Онкология_____
16. **(Специальный вопрос для женщин)** Беременны ли Вы ? _____

Дата _____ *Подпись* _____

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение 3
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

Уведомление
пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций врача)при оказании платных медицинских услуг

На основании пункта 15 раздела III Постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», подтверждаю, что До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 моего здоровья.

Пациент (законный представитель) _____ _____

Подпись *Ф.И.О.*

«_____» _____ 20___ г.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение 4
К Приказу №12 от 09.02.2021 г.

Договор №_____
на оказание платных стоматологических услуг

г. Москва «_____»_____20___г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЛАЗУРИТ» (ГРН 1197746309617, дата внесения в ЕГРЮЛ записи 08.05.2019 г., выдано Межрайонной инспекцией ФНС №46 по г.Москве), именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», имеющее лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-018474 от 25.07.2019 г., выданную Департаментом здравоохранения г. Москвы), в лице Генерального директора Юлии Викторовны Науменко, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка),_____

_____

именуемый (ая)в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1 Пациент поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется в период времени, согласованный сторонами, выполнить работы по оказанию платных медицинских услуг по стоматологии.

1.2 Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья пациента, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, желанием Пациента, организационно-техническими возможностями ИСПОЛНИТЕЛЯ в соответствии с действующей лицензией.

2. Права и обязанности Сторон и условия их реализации.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

2.1.1. Оказывать стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом и зафиксированным в медицинской карте ПАЦИЕНТА, с применением имеющихся материалов, медикаментов, инструментов, оборудования и их обработки.

2.1.2. Ознакомить Пациента с перечнем оказываемых медицинских услуг (Приложение №5 к Договору).

2.1.3. Предоставить пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе, характере используемых медикаментов и материалов и оформить добровольное информированное согласие пациента.

2.1.4. Поставить в известность ПАЦИЕНТА о возникающих обязательствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, возможных осложнениях при лечении и отразить это в медицинской карте Пациента.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с ПАЦИЕНТОМ, а так же врачебную тайну.

2.1.6. При отторжении установленных имплантатов, обязуется повторное оперативное вмешательство, при оплате пациентом стоимости закупки имплантата.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.2.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей и проведением других диагностических мероприятий, которые ИСПОЛНИТЕЛЬ сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента.

2.2.2. Отсрочить или отменить лечебные мероприятия, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у ПАЦИЕНТА противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма.

2.2.3. При изменении клинической ситуации изменить с согласия ПАЦИЕНТА план или (и) сроки лечения, в случаи несогласия ПАЦИЕНТА с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.

2.2.4. Требовать у ПАЦИЕНТА получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

2.2.5. Отказать в приеме (или переназначить) пациента (кроме случаев, требующих экстренного вмешательства) в случае:

состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

если действия пациента угрожают жизни и здоровью персонала;

требования услуг, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте;

опоздания на прием более 15 минут;

при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, то есть не подлежавшими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других ПАЦИЕНТОВ;

по уважительной причине нахождения лечащего врача вне клиники;

неоплаты в соответствии с разделом 3 настоящего Договора.

2.2.6. Отказать ПАЦИЕНТУ в предоставлении услуг, в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, с указанием места жительства и паспортных данных.

2.2.7. По личной просьбе пациента или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость и т.п.) назначить другого врача для продолжения лечения пациента.

2.3. Обязанности ПАЦИЕНТА

2.3.1. Следовать выбранному им же плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения в клинику по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры.

2.3.2. Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам ИСПОЛНИТЕЛЯ о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги путем, заполнения карты опроса пациента (Приложение №1 к Договору).

2.3.3. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить ИСПОЛНИТЕЛЯ о невозможности явки на прием.

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором, перечнем оказываемых медицинских услуг, врачебными рекомендациями, сроками и стоимостью работы.

2.3.7. Своевременно оплатить стоимость предоставляемых консультативных и стоматологических услуг в соответствии с действующим Прейскурантом.

2.3.8. Принять на себя ответственность за результаты услуги, оказанной по настоянию самого ПАЦИЕНТА без гарантии качества со стороны врача.

2.3.9. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов коронок, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.3.10. Незамедлительно в течение двух суток проинформировать лечащего врача при появлении жалоб .

2.4. Права ПАЦИЕНТА

2.4.1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы ИСПОЛНИТЕЛЯ и с учетом занятости времени персонала другими ПАЦИЕНТАМИ.

2.4.2. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время в соответствии с графиком работы ИСПОЛНИТЕЛЯ не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени.

2.4.3. Требовать от Исполнителя предъявления лицензии, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.4. Участвовать в выборе цвета будущего протеза.

2.4.5. При несоблюдении медицинским учреждением обязательств по срокам исполнения услуг пациент вправе по своему выбору:
назначить новый срок оказания услуги;
потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
потребовать исполнения услуги другим специалистом;
расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

3. Цена договора и порядок расчетов

3.1. Цена определяется по прейскуранту на тот момент времени, в который оказывается услуга или ее часть, отраженная в прейскуранте.

3.1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ информирует ПАЦИЕНТА о стоимости работ до ее начала.

3.1.3. Оплата за предоставленные стоматологические услуги производится непосредственно после их оказания, т.е. по окончании очередного приема, по ценам согласно Прейскуранта цен, действующему на день оказания услуг, при применении ортопедического или ортодонтического лечения, Пациент оплачивает в кассу 50% стоимость лечения, сразу после снятия оттисков на основании перечня оказываемых медицинских услуг, 50% после примерки ортопедической (ортодонтической) конструкции.

4. Срок действия договора

4.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания и действует в течение всего срока лечения Пациента, гарантийного срока и оформляется в 2-х экземплярах.

5. Прекращение и расторжение договора

5.1. Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора. При этом Пациент делает отметку, в амбулаторной карте, свидетельствующую о полном и надлежащем выполнении обязательств ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

5.2. ПАЦИЕНТ имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с лечебным учреждением ИСПОЛНИТЕЛЯ в любое время, оплатив ИСПОЛНИТЕЛЮ по прейскуранту фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы.

5.3. Если ПАЦИЕНТ не выполняет рекомендации медицинского учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение ПАЦИЕНТА следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и режиму лечебного учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ равносилен одностороннему расторжению договора.

5.4. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.

5.5. Неоплата услуги (или ее части, отраженной в прейскуранте) расценивается сторонами как одностороннее расторжение договора.

5.6. Возобновление расторгнутого договора не производится.

6. Дополнительные условия

6.1. Пациент должен осознавать, что при работе ИСПОЛНИТЕЛЯ с ним, возможны выявления дополнительных патологий, что может повлечь изменение в плане лечения, зафиксированный в лечебной карте и дополнительные финансовые расходы со стороны Пациенты.

6.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ гарантирует ПАЦИЕНТУ качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

6.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя обязательства устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течении одного года с момента оказания услуг (на несъемные протезы и световые пломбы) и 6 мес. (на съемные протезы), если иное не сказано в медицинской карте ПАЦИЕНТА.

6.4. Ни одна сторона не вправе передавать свои права по настоящему договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны.

6.5. Любые изменения и дополнения к Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7. Ответственность сторон

7.1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение норм использования медицинского оборудования и ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.

7.2. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных Договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение.

7.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности перед ПАЦИЕНТОМ в случае:
возникновения у ПАЦИЕНТА в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением ИСПОЛНИТЕЛЕМ лечебных технологий: рецидивов периодонтитов, повышение или снижение чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и другого;
осложнение по причине неявки ПАЦИЕНТА в указанный срок;
возникновения аллергических реакций у ПАЦИЕНТА, не отмечавшего ранее проявления аллергии;
переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим ПАЦИЕНТОМ.

7.4. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному из каждых сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

8. Разрешение споров

8.1. В случае возникновения разногласий между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ПАЦИЕНТОМ по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем двусторонних переговоров.

8.2. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9. Реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Лазурит»
127349, г. Москва, Алтуфьевское шоссе, д. 92, этаж 1, помещение XII, комната 1
Телефон: 8-495-108-53-12
ОГРН 1197746309617
ИНН 9715345715
КПП 771501001

р/с 40702810970010148580
МОСКОВСКИЙ ФИЛИАЛ АО КБ «МОДУЛЬБАНК»
БИК 044525092
Генеральный директор
_____ /Ю.В. Науменко/

МП

ПАЦИЕНТ:

_____
ФИО

Телефон: _____

Паспорт серия _____ № _____
Выдан _____
_____
«__» _____ _____ г.

Пациент
_____ /_____/

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение №5
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

Договор №_____

на оказание платных стоматологических услуг с применением дентальных имплантатов

г. Москва «_____»_____20___г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЛАЗУРИТ» (ГРН 1197746309617, дата внесения в ЕГРЮЛ записи 08.05.2019 г., выдано Межрайонной инспекцией ФНС №46 по г.Москве), именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», имеющее лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-018474 от 25.07.2019 г., выданную Департаментом здравоохранения г. Москвы), в лице Генерального директора Юлии Викторовны Науменко, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка), _____ именуемый (ая)в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Предметом договора является проведение Исполнителем диагностики и стоматологического лечения с применением дентальных имплантатов, которое оплачивает «Пациент», а также последующие профилактические мероприятия.

2. Обязательства сторон

2.1. «Исполнитель» обязуется ознакомить «Пациента» с вариантами лечения и провести стоматологическое лечение с опорой на дентальные имплантаты в соответствии с планом лечения, составленным врачами-стоматологами: -хирургом, -имплантологом и –ортопедом, и перечнем оказываемых медицинских услуг (Приложение №5 к Договору), результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отражаются в амбулаторной карте.

2.2. Стоматологическое лечение состоит из двух частей:

хирургическая часть (вживление имплантатов) и ортопедическую часть (изготовление зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты).

2.3. Пациент обязуется следовать всем медицинским и административным рекомендациям, описанным в Приложении №7 к настоящему договору «Рекомендации» и в Приложении №8 «Послеоперационные инструкции», немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, выполнять все врачебные рекомендации по гигиене полости рта и профилактического ухода за имплантом и зубным протезом, получить весь объем комплексных лечебных мероприятий, связанных с имплантацией, только у исполнителя.

2.4. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе пользования протезами, включающими имплант, незамедлительно к исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.5. Пациент обязуется предоставить всю известную ему информацию, необходимую медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях путем, заполнения Приложения №10 к настоящему договору «Карта опроса пациента».

2.6. Лечащий врач оформляет Приложение №4 «Добровольное информированное согласие на стоматологическое хирургическое лечение пациента».

2.7. Оплата за стоматологическое лечение состоит из двух частей – оплата за хирургическую часть и ортопедическую часть.

2.8. Оплата за хирургическую часть производиться в размере 100% в день подписания настоящего договора.

2.9. При применении ортопедического лечения Пациент оплачивает в кассу 50% стоимость протезирования сразу после снятия оттисков на основании перечня оказываемых медицинских услуг, 50% после примерки ортопедической конструкции.

2.10. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных планом лечения, они выполняются с оплатой по утвержденному прейскуранту, с дальнейшим внесением дополнительных работ в план лечения и в акт выполненных работ.

2.11. Исполнитель имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для качественного оказания стоматологического лечения, в том числе не предусмотренных планом лечения.

2.12. В случае неудачного исхода хирургической части (отторжение имплантата до завершения ортопедического лечения) Исполнитель предоставляет возможность повторной установки имплантатов (за исключением стоимости импланта, стоимость импланта оплачивает Пациент). Данные обязательства не действительны в случае несоблюдения Пациентом послеоперационных инструкций, нерегулярного гигиенического ухода, и ограничений по курению, не посещения врача-стоматолога для контрольных и профилактических осмотров в период реабилитации во взаимосогласованое время.

2.13. Исполнитель дает годовую гарантию на ортопедическую конструкцию с опорой на дентальные имплантаты, после окончания ее последнего этапа, при соблюдении предписаний, оговоренных в Приложении № 9 к настоящему договору «Зубные импланты и курение».

2.14. Исполнитель устанавливает имплантаты фирмы_____ .

2.15. Если для принятия решения по поводу операции Пациенту нужна дополнительная информация, Исполнитель готов ее предоставить.

3. Срок действия договора

3.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания и действует в течение всего срока лечения Пациента, гарантийного срока и оформляется в 2-х экземплярах.

3.2. Договор, может быть, расторгнут по согласованию сторон или в одностороннем порядке, о чем стороны письменно уведомляют друг друга.

3.3. Учитывая, что качество лечения зависит от регулярности посещения Пациентом врача и соблюдением правил гигиены полости рта, Пациент должен неукоснительно выполнять эти правила.

4. Разрешение споров

4.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, независимой экспертизы и в судебном порядке.

4.2. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

5. Реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Лазурит»
127349, г. Москва, Алтуфьевское шоссе, д. 92, этаж 1, помещение XII, комната 1
Телефон: 8-495-108-53-12
ОГРН 1197746309617
ИНН 9715345715
КПП 771501001

р/с 40702810970010148580
МОСКОВСКИЙ ФИЛИАЛ АО КБ «МОДУЛЬБАНК»
БИК 044525092

Генеральный директор
_____ /Ю.В. Науменко/

МП

ПАЦИЕНТ:

_____
ФИО

Телефон: _____

Паспорт серия _____ № _____
Выдан _____
_____
«__» _____ _____ г.

Пациент
_____ /_____/

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение 6
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического терапевтического лечения

Я, _____,
(Ф.И.О.)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, младше 18 лет или недеспособных граждан

Я, _____,
(Ф.И.О.)

паспорт _____ выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:_____
(Ф.И.О., дата рождения ребенка или недееспособного гражданина)

даю информированное добровольное согласие на оказание мне (ребенку, недееспособному гражданину) медицинской помощи, до проведения терапевтического лечения зубов получил (а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем что мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение. Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов и последствия отказа. Последствия отказа от терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирующие заболевания, развитие инфекционных осложнений (как местных, так и общих), появление или наростание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение функции жевания и речеобразования, косметические дефекты. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Для постановки диагноза и проведения лечения врачу необходимо выявить жалобы, провести опрос, собрать анамнез, провести осмотр, используя физический, инструментальный, при необходимости, рентгенологический и другие методы обследования и консультации врачей - стоматологов иного профиля и врачей других специальностей.

Мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен(а) с названными мне условиями его проведения. Мне сообщена и понятна информация о сути лечения, допустимость уточнения диагноза и изменение плана в процессе лечения. Я информирован(а) о допустимости изменения врачом намеченного плана лечения в зависимости от ситуации.

Мне объяснены ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, а также, необходимые исследования, врачебные манипуляции.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии имеющихся хронических заболеваниях, приеме лекарственных препаратов, данная информация занесена врачом в «карту здоровья».

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях при проведении анестезии аллергических реакциях, обмороке, коллапсе, шоке, травматизации нервных окончаний, кровеносных сосудов, проявляющихся парестезиями, парезами, невритами, невралгиями, гематомами.

Я проинформирован(а) о побочных эффектах и возможных осложнениях при стоматологическом лечении (5-25%), которые могут случиться:

- ощущение дискомфорта после лечения, боли при нагрузке на леченый зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких недель, по поводу чего врач при необходимости назначит лекарственные препараты или физиотерапевтическое лечение;
- отечность десны, щеки в области леченого зуба или десны, слизистой после лечения, которые могут сохраняться в течение некоторого времени;
- обострение хронического процесса в ходе лечения; припухание, отек мягких тканей;
- контрактура (ограниченное открывание рта);
- развитием острой одонтогенной инфекции и осложнений;
- аллергические реакции;
- при эндодонтическом (первичном и повторном) лечении поломка эндодонтического инструмента в канале зуба, который невозможно извлечь, но он (инструмент) может быть, по усмотрению врача, оставлен в корневом канале с лечебной пастой или может потребоваться физиотерапевтическое лечение, или хирургическое лечение такого зуба;
- перфорация дна полости зуба или корневого канала инструментом, трещины, перелом корня зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению зуба, сохранению зуба без ортопедической конструкции на этом зубе;
- выведение пломбировочного материала за пределы корня и попадание материала в нижнечелюстной канал или верхнечелюстную пазуху;
- парестезия (нарушение чувствительности), гиперэстезия (повышенная чувствительность);
- невозможность прохождения корневого канала из-за сложного анатомического строения зуба или из-за ранее проводимого лечения, облитерации канала;
- резорбция корня;
- ожог слизистой медикаментами;
- травматизация ротовой полости;

- другие возможные осложнения.

Я информирован(а), что под удаленными пломбами может прогрессировать кариес, поэтому, после иссечения кариозных тканей могут потребоваться дополнительные или иные врачебные манипуляции или депульпирование зуба. В связи с этим, продолжительность лечения может измениться.

Я информирован(а), что эндодонтическое лечение (лечение каналов зубов) может вызывать временные побочные явления, такие, как боль, отек близлежащих тканей. Результат эндодонтического лечения зависит не только от качества лечения, но и от иммунитета организма, а также состояния и гигиены ротовой полости.

Я информирован(а), что при необходимости повторного эндодонтического лечение зуба, возрастает риск осложнений (10-25%): перфорация зуба, стенки корневого канала, трещины, перелом корня, поломка инструмента с невозможностью его извлечь из канала. После лечения корневых каналов зуб становится более хрупким и его лучше защитить от перелома коронкой. Выбор метода восстановления зуба зависит от объема оставшихся тканей зуба после препарирования пломба, коронка, вкладка. При разрушении коронковой части зуба больше 40% гарантии на срок службы пломбы не даётся, так как возможно раскалывание зуба и в дальнейшем восстановить его будет невозможно

Я информирован(а), что после проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта (снятия твердых зубных отложений) могут развиться следующие осложнения, независимо от качества проведенной процедуры:

появление/усиление чувствительности зубов;

увеличение подвижности и смещение имеющихся зубов;

расцементировка коронок, выпадение пломб.

Мне сообщена и понятна информация о гарантийных сроках и сроках службы на осуществлённые результаты стоматологической помощи. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения необходим рентгенологический контроль лечения. Мне разъяснена информация о необходимости личной гигиены ротовой полости и профессиональной гигиены для профилактики кариеса и его осложнений, максимального срока службы стоматологических изделий.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы, были получены ответы и разъяснения. Информация об альтернативах лечения мне предоставлена.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: получение ортопантомограммы, прицельного снимка, консультация стоматологов иного профиля, консультация врачей общего медицинского профиля.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Я понимаю, что результат моего лечения зависит в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Мне разъяснено, что в соответствии со статьей 19 закона 323-ФЗ, я могу отказаться от предложенных мне видов лечения (медицинского вмешательства), от проведения исследований или потребовать их прекращения путем составления и подписания мной отдельного документа «отказа» от лечения (медицинского вмешательства). В случае не соблюдения мной предписания врача, я претензий иметь не буду, так как это является моим решением, ответственность в этом случае я принимаю на себя.

Врачом в доступной форме мне предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

_____ *(подпись)*	_____ *Ф.И.О. пациента или законного представителя*
_____ *(подпись)*	_____ *Ф.И.О. врача*

«_____» _____ 20_____ г.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение 7
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического ортопедического лечения

Я, _____,
(Ф.И.О.)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, младше 18 лет или недеспособных граждан

Я, _____,
(Ф.И.О.)

паспорт _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:_____
(Ф.И.О., дата рождения ребенка или недеспособного гражданина)

даю информированное добровольное согласие на оказание мне (ребенку, недееспособному гражданину) медицинской помощи, до проведения ортопедического лечения зубов получил (а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем что мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

В доступной и понятной мне форме проинформирован(а) врачом о результатах предварительного осмотра. получил(а) сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках. Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшения функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий пред началом протезирования и самого протезирования.

Информация о сути лечения:

Диагноз по МКБ 10:_____

Предварительный план лечения.

1. гигиенические и профилактические мероприятия (гигиена полости рта, снятие зубных отложений);
2. хирургические мероприятия (удаление зубов, иссечение уздечек губ, языка, вестибулопластика, лоскутная операция, хирургическое удлинение коронковой части зуба, имплантация, другое_____).
3. Терапевтические мероприятия (повторное эндодонтическое лечение_____, депульпирование по показаниям_____, лечение кариеса_____, другое_____);
4. Ортопедические мероприятия (восстановление коронки: литье_____, металлокерамические_____,безметалловые_____, коронки на имплантатах_____), съемные протезы: съемные пластинчатые протезы на верхнюю челюсть, нижнюю челюсть, полные съемные протезы на верхнюю челюсть, нижнюю челюсть, бюгельные протезы на верхнюю челюсть, нижнюю челюсть.).

Окончательный план лечения.

Ортопедические мероприятия (восстановительные коронки: литье_____, металлокерамические_____, безметалловые_____, коронки на имплантатах_____), съемные протезы: съемные пластинчатые протезы на верхнюю челюсть, нижнюю челюсть, полные съемные протезы на верхнюю челюсть, нижнюю челюсть, бюгельные протезы на верхнюю челюсть, нижнюю челюсть).

Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии:_____ .

Мне известно, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и по оказании медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление.

Я информирован(а) о предлагаемом плане лечения, рентгенологического обследования, существующих утвержденных методиках лечения, видах устанавливаемых ортопедических конструкций, используемых лекарственных препаратах и методиках их введения; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен(а), что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначального лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и понятны рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого ООО «Лазурит», не сможет предоставить мне гарантии выздоровления и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и медицинской организации.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического ортопедического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение

губ, щек, подбородка. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские организации, мне это понятно и я с этим согласен(а). В связи с этим, точная продолжительность лечения (например, протезирование) может изменится.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершенном лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к ООО «Лазурит».

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право медицинской организации выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и возможны различные осложнения. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения: при ортопедическом приеме и после него:

- гематомы в области инъекций;
- отеки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- появление натертостей при съемном протезировании;
- возникновение обострений в зубах с хроническими формами, периодонтитов, пародонтитов;
- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
- аллергическая реакция на материалы съемных протезов;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- плохая фиксация пластинчатых съемных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- переломы и сколы различных видов съемных протезов;
- возможная необходимость перебазировки съемного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- переломы и сколы различных видов съемных протезов;
- возможная необходимость перебазировки съемного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- асфиксия во время сна в случае не снятия полных съемных пластинчатых протезов перед сном;
- травматизация слизистой оболочки рта;
- плохая фиксация и стабилизация протезов;
- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;
- расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- возможность изменения плана протезирования;
- появление запаха изо рта и образование налета на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;
- изменение сроков протезирования.
- другие виды осложнений.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я знаю, что после введения анастетика нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моем здоровье.

Я понимаю, что в перелеченных зубах с очагами хронической инфекции, может возникнуть обострение после ортопедического лечения.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнять любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Мне разъяснено, что в соответствии со статьей 19 закона 323-ФЗ, я могу отказаться от предложенных мне видов лечения (медицинского вмешательства), от проведения исследований или потребовать их прекращения путем составления и подписания мной отдельного документа «отказа» от лечения (медицинского вмешательства). В случае несоблюдения мной предписания врача, я претензий иметь не буду, так как это является моим решением, ответственность в этом случае я принимаю на себя.

Медицинским работником в доступной форме мне предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

_____ *(подпись)* _____ *Ф.И.О. пациента или законного представителя*

_____ *(подпись)* _____ *Ф.И.О. врача*

«_____» _____ 20_____ г.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение 8
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического хирургического лечения

Я, _____,
(Ф.И.О.)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, младше 18 лет или недеспособных граждан

Я, _____,
(Ф.И.О.)

паспорт _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:_____
.
(Ф.И.О., дата рождения ребенка или недееспособного гражданина)

даю информированное добровольное согласие на оказание мне (ребенку, недееспособному гражданину) медицинской помощи, до проведения стоматологического хирургического лечения получил (а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем что мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение. Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения стоматологического хирургического лечения и последствия отказа. Последствия отказа от стоматологического хирургического лечения могут быть: прогрессирующие заболевания, развитие инфекционных осложнений (как местных, так и общих), появление или наростание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение функции жевания и речеобразования, косметические дефекты. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Для постановки диагноза и проведения лечения врачу необходимо выявить жалобы, провести опрос, собрать анамнез, провести осмотр, используя физический, инструментальный, при необходимости, рентгенологический и другие методы обследования.

В процессе хирургического лечения возможны следующие манипуляции:

-местное обезболивание (нужное подчеркнуть): аппликационное, инфильтрационное, проводниковое.

-операции (нужное подчеркнуть): операция на альвеолярных отростках, резекция, компактоостеотомия, удаление зуба (зубов), цистотомия / цистэктомия, реплантация зуба (зубов).

-хирургическое лечение болезней пародонта: кюретаж, гингивэктомия, мингивоостеопластика, гингивотомия, лоскутная операция, местнопластические операции (вестибулопластика, френулопластика).

- прочие вмешательства:_____ .

Я осведомлен(а) о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к развитию аллергической реакции организма на медицинские препараты, обмороку, коллапсу и шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован(а) также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Я информирован(а), что основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями конкретного пациента; хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу.

Осложнения оперативного лечения могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, киста, трещина и т. д.).

Мне понятно, что послеоперационный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру течения.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа операционного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие операционного лечения возможно возникновения онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

При этом я проинформирован(а), что альтернативой хирургической операции является отсутствие лечения (отказ от него).

При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

На все поставленные мною вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста.

Мне понятен предполагаемый метод лечения, я также согласен с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Я подтверждаю, что в «Карте опроса больного» назвал все известные имеющиеся у меня болезни и недуги, и принимаемые лекарственные препараты. Я подтверждаю, что добросовестно ответил на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я осведомлен(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после операции, в особенности о том, что в день операции возникают ограничения в управлении транспортным средством;

после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное врачом время.

Мне разъяснено, что в соответствии со статьей 19 закона 323-ФЗ, я могу отказаться от предложенных мне видов лечения (медицинского вмешательства), от проведения исследований или потребовать их прекращения путем составления и подписания мной отдельного документа «отказа» от лечения (медицинского вмешательства). В случае не соблюдения мной предписания врача, я претензий иметь не буду, так как это является моим решением, ответственность в этом случае я принимаю на себя.

Медицинским работником в доступной форме мне предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

_____ _____
(подпись) *Ф.И.О. пациента или законного представителя*

_____ _____
(подпись) *Ф.И.О. врача*

«_____» _____ 20_____ г.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение 9
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

Отказ
от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинскойорганизации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина)
«_____» _____ _____ г. рождения,
Зарегистрированный по адресу:_____
_____
(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)
при оказании мне (лицу младше 18 лет или недееспособному гражданину) первичной медико-санитарной помощи в ООО «Лазурит», отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

_____
(наименование вида медицинского вмешательства)
_____
_____
_____
_____
_____

Медицинским работником _____.
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ _____
(подпись) *Ф.И.О. пациента или законного представителя*

_____ _____
(подпись) *Ф.И.О. врача*

«_____» _____ 20_____ г.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «Лазурит»ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение №10
К Приказу №12 от 9 февраля 2021 г.

Перечень оказываемых медицинских услуг

№ п/п	Код услуги	Название услуги	Цена, руб	Кол-во	Стоимость, руб
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Всего на сумму:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____/Ю.В. Науменко/

ПАЦИЕНТ: _____/_____/

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «Лазурит»ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение № 11
К Приказу №12 от 9 февраля 2021 г.

Акт выполненных работ

№ п/п	Код услуги	Название услуги	Цена, руб	Кол-во	Стоимость, руб
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Всего оказано услуг на сумму:

Выше перечисленные услуги оказаны полностью и в срок. Заказчик не имеет претензий по объему, качеству, срокам и стоимости оказанных услуг.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____/Ю.В. Науменко/

ПАЦИЕНТ: _____/_____/

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение №12
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Пациент обязуется сдать до начала лечения клинические анализы по направлению врача – имплантолога.
2. Пациент обязуется принимать необходимые медикаменты (антибиотики и противовоспалительные) при назначении их врачом – имплантологом в послеоперационный период, с целью предотвращения возникновения инфекции.
3. Пациенту рекомендуется следить за своим здоровьем. В случае имеющихся у Пациента аллергических реакций, противопоказаний, перенесенных заболеваний, и заболеваний, таких как сахарный диабет или остеопороз. Пациент обязуется предупредить Исполнителя до начала лечения. В случае возникновения у Пациента данных заболеваний, после проведенного стоматологического лечения с опорой на дентальные имплантаты, Исполнитель более не может давать гарантию на стоматологическое лечение с момента появления у Пациента этих заболеваний.
4. Рекомендуется систематический контроль после окончания стоматологического лечения с опорой на дентальные имплантаты на первом году, 1 раз в 3 месяца, далее 1 раз в полгода, а также проведение профессионального гигиенического ухода в клинике Исполнителя. Профессиональный гигиенический уход должен осуществляться не реже, чем 1 раз в 3 месяца. При несоблюдении этого пункта рекомендаций гарантии на стоматологическое лечение аннулируются.
5. Пациенту рекомендуется соблюдать все рекомендации с целью сохранения гарантии на стоматологическое лечение, так как причиной отторжения имплантатов может послужить возникновение инфекции, что является следствием несоблюдения послеоперационных рекомендаций (см. «Послеоперационные рекомендации»), гигиены (см. пункт 5), а также курение (см, «Зубные имплантаты и курение»), развитие синусита.
6. Причиной отторжения имплантатов может послужить некорректно проведенное протезирование с опорой на дентальные имплантаты. При проведении протезирования с опорой на дентальные имплантаты в клинике «Исполнителя», последняя гарантирует корректность проведения протезирования и соответственно, сохранение вышеперечисленных гарантий. При осуществлении протезирования с опорой на дентальные имплантаты специалистами других учреждений, гарантии, предоставляемые Клиникой на стоматологическое лечение, аннулируются.

_____ _____
(подпись) *(Ф.И.О. пациента)*

"_____" _____ _____ г.
(дата оформления)

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение №13
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ИНСТРУКЦИИ

1. При болевых ощущениях примите рекомендованные болеутоляющие медикаменты.
2. При появлении отека обязательно поместите холодный компресс на кожу лица в послеоперационной области, в течении первых 3-х часов после операции. Компресс накладывайте на 20 минут, с перерывами 10 – 15 минут. Если возможно, повторяйте эту операцию в течение 2 – 4часов после хирургического вмешательства
3. Не полощите полость рта в день операции. На следующий день, 2 раза в день в течении 30 секунд прополощите рот раствором на основе хлоргексидина. Чистите оставшиеся зубы.
4. Во время заживления необходимо воздержаться от употребления твердой пищи. ЗАПРЕЩАЕТСЯ пить через соломинку, сплевывать в течение 36 часов, курить (как оговорено в приложении «Зубные имплантаты и курение»).
5. Кровотечение: выделение небольшого количества крови считается нормальным. При появлении на языке крови ярко – красного цвета, связаться немедленно с Исполнителем.
6. Появление чувства напряженности в челюстях – нормальная реакция после операции.
7. Появление пигментных пятен на лице желтовато – коричневого цвета является временным (гематомы).
8. Парестезия – потеря чувствительности в области операции – явление временное, которое, однако, может потребовать длительного периода восстановления.
9. При возникновении проблем или вопросов, пожалуйста, позвоните по телефонам _____.
10. Принимайте все предписанные медикаменты.

_____ _____
(подпись) *(Ф.И.О. пациента)*

"_____" _____ _____ г.
(дата оформления)

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение №14
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

ЗУБНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ И КУРЕНИЕ

1. Курение резко снижает успех стоматологического лечения с применением дентальных имплантатов по следующим причинам:

а) при курении в полости рта создается разряженное давление, что препятствует формированию кровяного сгустка, который является важным условием процесса заживления послеоперационной раны.

б) никотин способствует сужению сосудов, что замедляет кровообращение, ухудшая тем самым процесс заживления послеоперационной раны.

2. Пациент обязуется проинформировать Исполнителя о том, что он курит до начала стоматологического лечения с применением дентальных имплантатов.

3. На основании литературных данных и клинического опыта курение резко снижает успех стоматологического лечения с опорой на дентальные имплантаты, поэтому в случае курения пациента, Исполнитель не может нести ответственность по гарантийным обязательствам.

_____ _____
(подпись) *(Ф.И.О. пациента)*

"_____" _____ _____ г.
(дата оформления)

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ«Лазурит»

ОГРН: 1197746309617, ИНН 9715345715 Юридический адрес: 353522, г. Москва ш. Алтуфьевское, д.92, этаж 1, пом. XII, ком. 1

Приложение №15
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

КАРТА ОПРОСА БОЛЬНОГО

Последнее посещение врача-стоматолога: _____(указать месяц и год).

О состоянии своего здоровья сообщаю следующее (обвести кружком ДА или НЕТ в списке заболеваний, указанных ниже):		
Лечились ли Вы стационарно в течение прошедших двух лет?	ДА	НЕТ
Принимали ли Вы продолжительно какие-либо лекарственные средства в течение последних двух лет?	ДА	НЕТ
Есть ли у Вас аллергия (т.е. зуд кожи, кожная сыпь, отеки, конъюктивит и т.д.),	ДА	НЕТ
Было ли у Вас сильное кровотечение, требующее соответствующего лечения?	ДА	НЕТ
Когда Вы поднимаетесь по лестнице или идете, приходится ли Вам останавливаться из-за боли в грудной клетке, нехватки дыхания?	ДА	НЕТ
У Вас отекают ноги за день?	ДА	НЕТ
Вы придерживаетесь специальной диеты?	ДА	НЕТ
Онкологический осмотр (год)	ДА	НЕТ
У Вас есть заболевания, состояния или проблемы, которые не перечислены выше?	ДА	НЕТ
Обведите те состояния, которые у Вас были когда-то или имеются в настоящее время:		
Сердечные заболевания или инфаркты	ДА	НЕТ
Стенокардия	ДА	НЕТ
Высокое артериальное давление	ДА	НЕТ
Аритмии	ДА	НЕТ
Ревматизм	ДА	НЕТ
Врожденные пороки сердца	ДА	НЕТ
Искусственный сердечный клапан	ДА	НЕТ
Водитель ритма сердца (кардиостимулятор)	ДА	НЕТ
Операции на сердце	ДА	НЕТ
Анемия	ДА	НЕТ
Нарушение мозгового кровообращения	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Язвы	ДА	НЕТ
Астма	ДА	НЕТ
Сенная лихорадка	ДА	НЕТ
Заболевания придаточных пазух носа	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной железы	ДА	НЕТ
Лучевая терапия	ДА	НЕТ
Химиотерапия	ДА	НЕТ
Стероидная терапия	ДА	НЕТ
Глаукома	ДА	НЕТ
СПИД	ДА	НЕТ
Гепатит А	ДА	НЕТ
Гепатит Б	ДА	НЕТ
Гепатит С	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания пищеварительной системы	ДА	НЕТ
Гемотрансфузии (год), переливание крови	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Герпес	ДА	НЕТ
Эпилепсия	ДА	НЕТ
Неврозы	ДА	НЕТ
Стоматологический статус:		
Наблюдались ли вы у врача-стоматолога последние два года?	ДА	НЕТ
Было ли длительное кровотечение после удаления зуба?	ДА	НЕТ
Обращались ли при кровотечении после удаления зуба в специализированные учреждения?	ДА	НЕТ
Проводились ли хирургическое лечение в области лица (шеи)?	ДА	НЕТ
Принимаете ли дополнительно препарата кальция?	ДА	НЕТ
Для женщин:		
Вы беременны?	ДА	НЕТ
Принимаете ли вы контрацептивные препараты	ДА	НЕТ
Дополнения:		

Я искренне ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

_____

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога должен (на) сообщить врачу об этом.

_____ _____
(подпись) *(Ф.И.О. пациента)*

_____ _____
(подпись) *(Ф.И.О. врача)*

"_____" _____ _____ г.
(дата оформления)

Приложение 16
к Приказу №12 от 09.02.2021 г.

ДОЛГОВАЯ РАСПИСКА

г. Москва «___» _____ 20__ г.

Я, _____ (заемщик), паспорт серии _____ № _____ выдан _____ «___» _____ _____ г., зарегистрированный по адресу:_____ область г. _____, ул. _____, _____, фактически проживающий по адресу: г. _____ ул. _____, _____, по Договору оказания платных стоматологических услуг № ____ от «___» _____ 20____ г. должен(на) ОБЩЕСТВУ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЛАЗУРИТ», юридическому лицу, созданному в соответствии с законодательством Российской Федерации, в лице генерального директора Науменко Ю.В., действующего на основании Устава (займодавец), денежную сумму в размере _____ рублей (_____).

Обязуюсь вернуть денежную сумму в течение ____ месяцев, т.е. не позднее «___» _____ 20___ г.

Займодавец	Заёмщик
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЛАЗУРИТ» ОГРН: 1197746309617 ИНН: 9715345715 КПП: 771501001	
Адрес местонахождения: 127349, г. Москва, Алтуфьевское шоссе, дом 92, этаж 1, помещение XII, комната 4	Адрес регистрации:
Почтовый адрес: 127349, г. Москва, Алтуфьевское шоссе, дом 92, этаж 1, помещение XII, комната 4	Почтовый адрес:
Банк: Московский филиал АО КБ «МОДУЛЬБАНК» р/с: 40702810970010148580 к/с: 30101810645250000092 БИК: 044525092	Серия паспорта: Номер паспорта: Выдан: Дата выдачи: Код подразделения:
Тел.: 8-495-108-53-12	Тел.:
Генеральный директор _____/Ю.В. Науменко/ (подпись) М. П.	_____/_____/ (подпись)