

Договор
на выполнение услуг компьютерной томографии/радиовизиографии зубов
г. Новосибирск «__» _____ 202 г

Общество с ограниченной ответственностью «Привилегия Плюс», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Довбило Ирины Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, или его законный представитель _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор определяет условия выполнения рентгеновских снимков зубов, не оплачиваемых территориальной программой ОМС и бюджетами разных уровней. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» выполняет рентгеновские снимки зубов (код А06.07.013) надлежащего качества по цене действующего прейскуранта.

2. Информация о предоставляемой услуге

2.1. Исполнитель имеет бессрочную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-54-01-004345, выданную 28.06.2021г. Министерством здравоохранения Краснодарского края (адрес: 630901, г.Новосибирск, ул. Селенгинская, 4а. Тел. (383) 239-06-62, 287-07-97), виды деятельности: медицинская статистика, организация сестринского дела, рентгенология, сестринское дело, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая, организация здравоохранения и общественное здоровье, ортодонтия, стоматология детская, стоматология общей практики, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, экспертиза временной нетрудоспособности.

2.2. Компьютерной томографии / радиовизиография зубов (а) по направлению лечащего врача в часы работы рентгеновского кабинета.

2.3. Компьютерной томографии / радиовизиография зубов (а) является дополнительным диагностическим методом обследования, отражающего исходное состояние зубов (а) до начала лечения, а так же методом контроля качества лечения (пломбирования) корневых каналов (а).

2.4. Беременным женщинам компьютерной томографии / радиовизиография не проводится.

2.5. О результатах компьютерной томографии / радиовизиографического обследования информирует лечащий врач.

2.6. Объем компьютерной томографии / радиовизиографического обследования зубов (количество снимков) согласовывается с «Пациентом».

3. Стоимость и порядок оплаты

3.1. Стоимость компьютерной томографии / радиовизиографического снимка определяется в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на день оказания услуги.

3.2. «Пациент» оплачивает дополнительные услуги до получения готовых снимков зубов.

4. Права и обязанности сторон.

4.1.1. «Пациент» имеет право непосредственно знакомиться с результатами обследования, получить снимки по запросу других учреждений (факт выдачи снимков из амбулаторной карты «Пациент» удостоверяет личной подписью!).

4.1.2. «Пациент» должен предварительно оплатить за дополнительные услуги.

4.2.1. «Исполнитель» обязан обеспечить обследование в условиях, соответствующих санитарным нормам.

5. Прочие условия

5.1. Договор составлен в 2-х экземплярах имеющих одинаковую силу.

5.2. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения обязательств.

5.3. Договор может быть изменен или расторгнут с соблюдением норм действующего гражданского законодательства РФ.

5.4. Споры и разногласия разрешаются путем переговоров, привлечения экспертов, в досудебном и судебном порядке.

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» ООО «Привилегия Плюс» 630901, г.Новосибирск, ул.Селенгинская, 4а тел.239-29-19 Лицензия № ЛО-54-01-004345 от 28.04.2017г Директор ООО «Привилегия Плюс» _____ И.А.Довбило	«ПАЦИЕНТ» Ф.И.О. _____ _____ _____ подпись/ _____ 202 г.
---	---

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ /РАДИОВИЗИОГРАФИИ ЗУБОВ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

К медицинской карте и договору № _____ от _____ 20__ г.

В соответствии со ст.32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства, в т.ч. компьютерной томографии / радиовизиографии зубов, является получение добровольного информированного согласия гражданина.

Информация для пациента: компьютерной томографии /радиовизиография является дополнительным методом исследования с целью установления диагноза и/или подтверждения качества лечения зубов. Средняя эффективная доза облучения при выполнении одного рентгеновского снимка - **0,01(мк/з).** Установленный норматив эффективной дозы облучения - 1 мк/з в год (доза облучения в 1 Грей в год считается абсолютно безопасной, без учета естественного радиационного фона). В отпущенный на облучение норматив 1 м/з, можно вложить до 100 снимков зубов, если в течение года не будут проводиться другие лучевые исследования.

1. Я согласен (а) на проведение одномоментной компьютерной томографии /радиовизиографии зубов **по назначению врача:** количество снимков _____, эффективная доза облучения составит _____ м/з).

2. Я поставил (а) в известность врача о предыдущих лучевых нагрузках (рентгенография, рентгенотерапия, радиотерапия, работа с источниками ионизирующего излучения).

Если Вам понятна предоставленная информация, и Вы дали положительный ответ, то, удостоверяете свое согласие подписью с указанием фамилии и даты.

Пациент _____ / _____ / «__» _____ 202 г.

Предоставляю право (ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных») сотрудникам ООО «ПРИВИЛЕГИЯ ПЛЮС» обрабатывать, хранить и распространять персональные данные в медико-профилактических целях, в целях установки диагноза, оказания медицинской и медико-социальной помощи _____

Пациент _____ / _____ / «__» _____ 202 г.