

## ПУБЛІЧНИЙ ДОГОВІР-ОФЕРТА про надання медичних стоматологічних послуг

**Фізична особа-підприємець Плескот Вячеслав Михайлович** (надалі іменується "**Виконавець**"), та

**Фізична особа**, яка звернулася до **Виконавця** для отримання медичних стоматологічних послуг (надалі іменується "**Пацієнт**"), разом іменовані як "Сторони", а кожна окремо – "Сторона", уклали цей договір про нижченаведене:

### 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

**1.1.** Відповідно до ст.ст. 633, 634, 641 Цивільного кодексу України цей Договір є публічним Договором (публічною офертою), що містить всі істотні умови надання **Виконавцем** медичних стоматологічних послуг та пропонує необмеженому колу фізичних осіб (**Пацієнтам**) отримати медичні стоматологічні послуги на умовах, визначених цим Договором.

**1.2.** Умови цього Договору встановлюються однаковими для всіх **Пацієнтів**, крім тих, кому законодавством України надані відповідні пільги в разі їх наявності.

**1.3. Виконавець** не має права відмовитися від укладення цього Договору за наявності у нього можливості (в тому числі технічної, кадрової, організаційної тощо) надати **Пацієнту** медичні стоматологічні послуги.

**1.4. Виконавець** підтверджує, що має всі необхідні дозволи на здійснення господарської діяльності з медичної практики, пов'язаної з виконанням цього Договору, і несе відповідальність в разі порушення прав **Пацієнта** в процесі виконання Договору і реалізації Послуг.

**1.5. Виконавець** надає медичні стоматологічні послуги на підставі ліцензії на медичну практику.

**1.6.** Договір є обов'язковим для виконання **Виконавцем** з моменту його оприлюднення на веб-сайті **Виконавця**.

**1.7.** У разі, якщо законодавством України встановлено норми, які суперечать цьому Договору, перевагу при застосуванні матимуть відповідні норми законодавства України.

### 2. АКЦЕПТУВАННЯ ДОГОВОРУ

**2.1.** Договір вважається укладеним, без його подальшого підписання Сторонами, з моменту усного або письмового звернення **Пацієнта** до стоматологічного кабінету **Виконавця** за отриманням медичних стоматологічних послуг чи вчинення інших дій, передбачених цим Договором, що свідчать про акцептування (приймання) всіх умов даного Договору.

Підтверджуючими діями **Пацієнта**, які свідчать про укладення даного Договору є: підписання плану лікування, анкети, інформованої згоди на діагностику та лікування, опитувального листа, початок фактичного користування послугами, оплата рахунку **Виконавця** тощо.

**2.2.** Дата першого звернення **Пацієнта** до **Виконавця** за згодою Сторін вважається датою укладення цього Договору. **Пацієнт** вважається ознайомленим з Договором в момент укладання Договору.

**2.3.** Кожна Сторона гарантує іншій Стороні, що володіє необхідною дієздатністю, а рівно всіма правами і повноваженнями, необхідними і достатніми для укладання і виконання даного Договору відповідно до його умов.

**2.4.** Укладаючи Договір, **Пацієнт** автоматично погоджується з повним та безумовним прийняттям положень даного Договору та всіх можливих додатків до нього.

**2.5.** Перед початком користування медичними стоматологічними послугами кожний **Пацієнт** зобов'язаний ознайомитися з умовами цього Договору, тарифами на Послуги,

гарантійними зобов'язаннями **Виконавця**, а також Правилами перебування та обслуговування **Пацієнтів** в стоматологічному кабінеті **Виконавця**, що розміщені (оприлюднені) на офіційному веб-сайті **Виконавця** та в Куточку (папці) споживача.

**2.6.** Всі умови Договору, викладені в цій Публічній оферті, є обов'язковими для Сторін. Якщо **Пацієнт** не згодний з умовами Договору, він не має права укласти цей Договір.

**2.7.** Виконавець на письмову вимогу **Пацієнта** надає йому завірену підписом уповноваженої особи **Виконавця** письмову форму цього Договору.

### **3. ТЕРМІНИ, ПОНЯТТЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ**

В цьому Договорі нижченаведені терміни, поняття і визначення вживаються у такому значенні:

**3.1. Акцепт** – це повне, безумовне та беззастережне прийняття **Пацієнтом** умов даного Договору і означає згоду **Пацієнта** із усіма умовами даного Договору без виключення і доповнення.

Акцепт цього Договору також свідчить про те, що **Пацієнт** розуміє значення своїх дій, всі умови даного Договору йому зрозумілі, **Пацієнт** не знаходиться під впливом помилки, обману, насильства, загрози, і тому подібне.

**3.2. Веб-сайт Виконавця** – веб-сторінка в мережі Інтернет за адресою <https://www.pleskotadentistry.com/>, яка є офіційним джерелом інформування **Пацієнтів** про **Виконавця** та послуги, що ним надаються.

**3.3. Графік відвідувань** – графік призначених медичних стоматологічних послуг, в якому визначається перелік послуг, календарна дата та точний час, коли **Пацієнт** повинен з'явитися до стоматологічного кабінету для отримання таких послуг, який підписується **Пацієнтом** та є обов'язковим для виконання останнім.

**3.4. Імплантація** - це складний, ризикований і тривалий вид стоматологічного втручання, який включає хірургічну операцію зі встановлення спеціальних конструкцій - імплантатів, а також протезування.

**3.5. Імплантат** - це металевий «титановий штифт (гвинт)», - штучний аналог кореня зуба, який встановлюється (імплантується) в кісткову тканину щелепи на місце (втраченого) зуба. Надясенна частина імплантату використовується опорою для ортопедичних протезів (металокерамічних, керамічних коронок або знімних протезів). Існує багато конструкцій імплантатів. Найчастіше використовуються гвинтові імплантати (мають різьблення).

**3.6. Інформована згода** – згода **Пацієнта** на медичне втручання, що може оформлюватися у письмовому вигляді, шляхом підписання окремої затвердженої **Виконавцем** форми або відповідного формулювання у медичній документації (медичній картці тощо).

**3.7. Лікуючий лікар** – лікар **Виконавця**, який надає медичні стоматологічні послуги **Пацієнту** в стоматологічному кабінеті.

**3.8. Медична стоматологічна послуга** – певна дія або сукупність дій, які здійснюються медичними працівниками в стоматологічному кабінеті **Виконавця** з метою профілактики, діагностики, лікування або реабілітації захворювань, патологій або станів **Пацієнта**.

**3.9. Пацієнт** – фізична особа, яка звернулася до стоматологічного кабінету **Виконавця** для отримання медичних стоматологічних послуг та уклала з **Виконавцем** договір про надання таких послуг. У разі, якщо споживачем Послуг є малолітня або недієздатна особа, права та обов'язки, що передбачені цим Договором для **Пацієнта**, набуває законний представник такої особи.

**3.10. Перелік медичних стоматологічних послуг Виконавця** – види медичних стоматологічних послуг, які надаються **Виконавцем** **Пацієнту** в стоматологічному кабінеті. До медичних стоматологічних послуг **Виконавця** належать, зокрема, лікування зубів, лікування ясен, протезування зубів, імплантація зубів, хірургія, гігієна та естетика та інші види медичних стоматологічних послуг.

**3.11. План лікування** – обраний лікарем для кожного **Пацієнта** окремо і погоджений з **Пацієнтом** комплекс профілактичних, лікувальних, діагностичних, реабілітаційних заходів, медичних маніпуляцій тощо, необхідний для досягнення позитивних результатів лікування захворювання **Пацієнта**, із зазначенням етапів лікування, переліку медичних втручань, орієнтованих строків лікування та орієнтованої вартості лікування в цінах, що діють на день складання плану лікування.

**3.12. Правила** - Правила перебування та обслуговування пацієнтів в стоматологічному кабінеті, затверджені **Виконавцем** та обов'язкові до виконання **Пацієнтом**, з якими **Пацієнт** зобов'язаний ознайомитися до укладення договору.

**3.13. Стоматологічний кабінет** – заклад охорони здоров'я, створений **Виконавцем** та розташований за наступними адресами:

- м. Луцьк, вул. Богдана Хмельницького, 15

**3.14. Третя особа** – фізична особа, що супроводжує **Пацієнта** та може вчиняти певні дії чи отримувати інформацію про **Пацієнта** після підписання протоколу узгодження про залучення її в якості сторони цього Договору (залучення здійснюється виключно за згодою **Пацієнта**). Перелік повноважень Третьої особи встановлюється в заяві.

#### 4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

**4.1. Виконавець** зобов'язується за дорученням та погодженням **Пацієнта** надати останньому (чи особі, в інтересах якої укладено цей Договір) одну або декілька платних медичних стоматологічних послуг з Переліку медичних послуг **Виконавця**, спрямованих на покращення стану здоров'я **Пацієнта** та відповідно до встановленого діагнозу (далі – Послуги), а **Пацієнт** зобов'язується прийняти та оплатити Послуги на умовах, визначених цим Договором.

**4.2.** Обсяги, вид, вартість та строки надання Послуг визначаються з урахуванням здоров'я **Пацієнта**, медичних показань, бажань **Пацієнта** та технічних можливостей **Виконавця**.

**4.3.** На підставі проведеного первинного огляду **Пацієнта** лікуючий лікар встановлює попередній діагноз, визначає методи і можливі варіанти лікування, наслідки лікування та передбачувані результати, ступінь ризику і можливі ускладнення, докладно інформує про це **Пацієнта**.

**4.4.** За результатами первинного огляду лікуючий лікар складає План лікування, що визначає узгоджений Сторонами обсяг Послуг та їх попередню вартість. Необхідною умовою виконання Договору є згода **Пацієнта** із запропонованим Планом лікування, що засвідчується підписом **Пацієнта** або шляхом фактичного споживання **Пацієнтом** зазначених у Плані лікування послуг.

**4.5.** Впродовж дії Договору Сторони можуть скласти декілька Планів лікування (в такому випадку умови додаткового Плану лікування будуть доповненням до попереднього Плану лікування) або змінити План лікування.

**4.6. Пацієнт** погоджується, що при необхідності провести додаткове обстеження або отримати консультацію профільного медичного спеціаліста, який відсутній у **Виконавця**, він зобов'язаний пройти таке обстеження або консультацію в строки, встановлені **Виконавцем**, оплачуючи ці послуги за тарифами відповідних медичних закладів.

#### 5. ПОРЯДОК НАДАННЯ ПОСЛУГ

**5.1.** Послуги надаються в стоматологічному кабінеті **Виконавця** відповідно до Правил, з використанням сертифікованого обладнання та дозволених до використання медичних виробів та матеріалів.

**5.2.** Лікуючий лікар призначається **Виконавцем**.

**5.3.** Надання Послуг здійснюється відповідно до Інформованої добровільної згоди **Пацієнта** на проведення діагностики, лікування, операції та знеболення, яка оформлюється у встановленій законодавством України формі та може додатково оформлюватися в формі (опитувальний лист), визначеній **Виконавцем**, перед наданням першої Послуги та перед

наданням інших Послуг, перелік яких визначається **Виконавцем**. Сторони погодили, що підписання інформованих згод та/або опитувальних листів є необхідною умовою для початку надання Послуг.

**5.4.** Послуги надаються протягом робочого часу **Виконавця**. Послуги надаються за попереднім записом, який здійснюється за телефоном або при особистому зверненні **Пацієнта**. Надання Послуг без попереднього запису можливо виключно у випадках відсутності попереднього запису на цей час інших **Пацієнтів**. Дата та час надання кожної Послуги погоджується **Виконавцем** та **Пацієнтом** в усній або письмовій формі (шляхом підписання графіка відвідувань або в іншій інформативній формі).

**5.5.** Дату та час надання кожної Послуги може бути змінено з ініціативи **Пацієнта** до настання строку надання такої Послуги.

**5.6.** У разі запізнення, **Пацієнт** зобов'язаний заздалегідь попередити про це адміністратора стоматологічного кабінету **Виконавця**. У разі запізнення, що призвело до зміщення графіку прийому, з **Пацієнтом** узгоджується інший час візиту.

**5.7.** Дату та час надання кожної Послуги може бути змінено з ініціативи **Виконавця** у разі:

5.7.1. якщо стан здоров'я **Пацієнта** перед початком надання Послуги унеможлиблює її надання або значним чином збільшує ризики виникнення ускладнень, загрози життю чи здоров'ю **Пацієнта** або інших тяжких чи негативних наслідків;

5.7.2. виникнення обставин непереборної сили, які унеможлиблюють надання Послуги **Виконавцем**.

**5.8. Виконавець** не має права розголошувати третім особам інформацію про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя **Пацієнта**, яка стала відома у зв'язку із виконанням цього Договору, крім випадків, передбачених законодавством України.

## 6. ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ І ПОРЯДОК РОЗРАХУНКІВ

**6.1.** Вартість Послуг, що надаються за цим Договором, визначається відповідно до їх обсягу та затверджених **Виконавцем** тарифів на Послуги. Тарифи на Послуги мають юридичну силу угоди про узгоджену ціну.

**6.2.** Попередня вартість Послуг зазначається в Плані лікування та не включає вартість лікування прихованих патологій, які можуть бути виявлені в процесі лікування. Узгодження Плану лікування та вартості постійних стоматологічних робіт відбувається тільки при повному завершенні терапевтичного, хірургічного та ортодонтічного лікування.

**6.3.** Ціни, вказані в Плані лікування, дійсні протягом строку, зазначеного в Плані лікування. Після спливу цього строку вартість Послуг визначається виходячи з діючих на момент надання Послуги тарифів **Виконавця**.

**6.4. Пацієнт** оплачує Послуги одним із нижченаведених способів за вибором **Пацієнта**:

6.4.1. оплата готівкою в касу **Виконавця**;

6.4.2. оплата за допомогою платіжної картки з використанням платіжного пристрою банку **Виконавця**;

6.4.3. оплата рахунків **Виконавця** за безготівковим розрахунком.

**6.5.** Послуги оплачуються **Пацієнтом** в день надання Послуги - до надання Послуги або безпосередньо після її надання, в розмірі повної вартості наданої Послуги в конкретне відвідування.

**6.6. Пацієнт** має право здійснити попередню оплату Послуг, визначених Планом лікування. Вартість Послуг, сплачених **Пацієнтом** як попередня оплата, не може бути переглянута **Виконавцем** у разі зміни тарифів на Послуги та встановлюється відповідно до тарифів, діючих на день оплати.

**6.7.** На окремі види Послуг, які передбачають попередні витрати **Виконавця** (індивідуальне замовлення лікувальних конструкцій для **Пацієнта** у третіх осіб тощо), **Пацієнтом** обов'язково вноситься передоплата у розмірі до 70% від вартості таких

конструкцій. Сума передоплати та строк її внесення зазначається в Плані лікування та/або в рахунку, який заздалегідь надається **Пацієнту**.

**6.8.** Послуги за безготівковим розрахунком надаються тільки за умови 100 % попередньої оплати.

**6.9.** Якщо сума вартості всіх складових наданих за попередньою оплатою Послуг перевищує внесену **Пацієнтом** суму попередньої оплати, то різницю **Пацієнт** повинен погасити не пізніше дня закінчення надання Послуг.

**6.10.** У випадку виникнення розбіжностей в сторону збільшення між орієнтовною вартістю Послуги (частини Послуги) та сумою виставленого **Пацієнту** рахунку в конкретне відвідування, **Пацієнт** зобов'язаний оплатити рахунок не пізніше наступного дня після надання Послуги (частини Послуг). В такому випадку **Пацієнт** обов'язково підписує Акт наданих послуг з переліком наданих Послуг та зазначенням розміру заборгованості **Пацієнта** за Послуги.

**6.11.** У разі недостатності у **Пацієнта** грошових коштів для оплати отриманих Послуг заборгованість **Пацієнта** перед **Виконавцем** може бути оформлено відстрочення (розстрочення) платежу, умови якого погоджуються сторонами в Акті наданих послуг.

**6.12.** Лікування за страховкою надається за умови попереднього укладання **Виконавцем** відповідного Договору зі страховою компанією.

**6.13.** **Пацієнту** може надаватися знижка на вартість Послуги, розмір якої визначається в порядку, встановленому **Виконавцем**.

**6.14.** Якщо в процесі надання Послуг виникає потреба в їх коригуванні (наданні додаткових послуг або зміні Плану лікування), то відповідному коригуванню піддається і остаточна вартість Послуг за Договором. Такі зміни Сторони узгоджують до моменту надання додаткових або змінених Послуг. **Пацієнт** має право відмовитися від коригування Послуг та продовжувати отримувати Послуги згідно узгодженого Плану лікування. Якщо така відмова унеможливує продовження надання Послуг за медичними показаннями, **Виконавець** має право в односторонньому порядку припинити дію цього Договору, а **Пацієнт** зобов'язаний оплатити вартість фактично отриманих Послуг. Якщо **Пацієнт** не заперечує проти зміни або доповнення Плану лікування, то надання Послуг продовжується відповідно до нових умов та з підписанням нового або додаткового Плану лікування.

**6.15.** Якщо з вини **Виконавця** Послуги надаються не в повному обсязі, вартість ненаданих та сплачених Послуг відшкодовується **Пацієнту** протягом трьох робочих днів з моменту звернення **Пацієнта** із відповідною заявою.

**6.16.** У випадку неможливості надання Послуг (частини Послуг) через нез'явлення **Пацієнта** на прийом до лікаря або на іншу медичну процедуру, відмови **Пацієнта** від подальшого отримання Послуг, порушення **Пацієнтом** умов цього Договору та (або) Правил **Виконавець** повертає **Пацієнту** протягом трьох робочих днів з моменту звернення **Пацієнта** із відповідною заявою сплачену ним суму передоплати з вирахуванням фактично здійснених витрат та витрат з виготовлення (замовлення) для **Пацієнта** лікувальних конструкцій.

**6.17.** **Пацієнт** не має права відмовитись від оплати погоджених та фактично наданих Послуг.

**6.18.** В усіх випадках, коли вартість наданих **Пацієнту** Послуг прямо не визначена Планом лікування, в тому числі коли Послуги, визначені в Плані лікування, надані не в повному обсязі, вартість таких Послуг (частини Послуг) визначається відповідно до діючих тарифів **Виконавця**.

**6.19.** Загальна вартість Послуг за цим Договором визначається сумарною вартістю всіх наданих **Пацієнту** Послуг.

**6.20.** Умови цього розділу щодо оплати Послуг не поширюється на випадки надання **Пацієнтам** медичних послуг, які оплачуються страховиками відповідно до договорів добровільного медичного страхування або іншими третіми особами. Будь-які медичні послуги за цим Договором можуть бути сплачені третьою особою на підставі окремого договору між третьою особою та **Виконавцем**.

## 7. ПОРЯДОК ПРИЙМАННЯ ПОСЛУГ

7.1. Приймання-передача наданих Послуг здійснюється в усній формі чи на вимогу однієї зі Сторін шляхом оформлення Акту наданих послуг (далі – Акт), який складається **Виконавцем** в двох примірниках та надається **Пацієнту** для підписання.

7.2. **Пацієнт** зобов'язаний підписати обидва примірника Акту або надати письмову мотивовану відмову від його підписання.

7.3. У разі якщо **Пацієнт** не надав письмову мотивовану відмову від підписання Акту, Послуга вважається належним чином наданою **Виконавцем** та належним чином прийнятою **Пацієнтом**.

7.4. За наявності письмової мотивованої відмови від підписання Акту **Виконавець** протягом 10 (десяти) календарних днів розглядає таку відмову та в письмовій формі повідомляє **Пацієнта** про результати розгляду. У разі обґрунтованості відмови **Пацієнта** Сторони складають двосторонній рекламаційний акт з переліком необхідних доробок і термінів їхнього виконання.

7.5. Якщо **Пацієнту** надано декілька Послуг, **Виконавець** має право скласти один Акт, в якому зазначити весь перелік наданих Послуг.

## 8. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ ПАЦІЄНТА

### 8.1. Пацієнт має право:

8.1.1. приєднатися до цього Договору на запропонованих **Виконавцем** умовах;

8.1.2. до моменту замовлення Послуг отримати повну інформацію про медичні послуги, які надаються **Виконавцем**;

8.1.3. узгодити з **Виконавцем** орієнтовану вартість Послуг шляхом підписання Плану лікування;

8.1.4. отримати Послуги належної якості;

8.1.5. отримувати достовірну та повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі ознайомлюватись з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я, які зберігаються у **Виконавця**;

8.1.6. отримувати достовірну та повну інформацію про протипоказання, можливі ускладнення та ризики (в тому числі для життя та здоров'я), прогноз можливого розвитку захворювання при наданні Послуг;

8.1.7. вибрати метод лікування відповідно до рекомендацій лікуючого лікаря, якщо лікарем визначено кілька варіантів плану лікування, попередньо ознайомившись із результатами обстеження, діагнозом, методами лікування, пов'язаним з ними ризиком, перевагами й недоліками різних планів лікування, можливими ускладненнями;

8.1.8. вимагати заміни лікуючого лікаря (за наявності у **Виконавця** інших лікарів відповідної кваліфікації);

8.1.9. при зміні в процесі лікування Плану лікування та попередньої орієнтованої вартості Послуг **Пацієнт** вправі на свій вибір:

(а) погодитись з новим/додатковим Планом лікування та узгодити його вартість;

(б) відмовитися від запропонованих змін та продовжити лікування на узгоджених раніше умовах;

(в) розірвати Договір та провести розрахунки за фактично надані Послуги.

8.1.10. на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні;

8.1.11. на усунення недоліків наданої Послуги протягом гарантійного строку;

8.1.12. звернутися до **Виконавця** з пропозиціями, заявами, відгуками тощо щодо наданих Послуг;

8.1.13. відмовитись від отримання Послуги (частини Послуги) в будь-який момент дії Договору, попередньо сплативши всі фактично надані на момент відмови Послуги.

### 8.2. Пацієнт зобов'язаний:

- 8.2.1. до укладання Договору ознайомитися з тарифами **Виконавця**, Правилами, гарантійними зобов'язаннями;
- 8.2.2. вчасно прибути до стоматологічного кабінету в дату та час надання Послуг;
- 8.2.3. завчасно повідомляти стоматологічний кабінет про об'єктивну неможливість з'явитися на прийом чи на процедури;
- 8.2.4. під час перебування на території стоматологічного кабінету неухильно дотримуватися Правил **Виконавця**;
- 8.2.5. до початку надання Послуг повідомити лікуючому лікарю весь перелік лікарських засобів, які застосовує **Пацієнт**, а також про всі відомі хвороби, вади, алергічні чи специфічні реакції на лікарські засоби і продукти харчування та іншу суттєву інформацію про стан свого здоров'я;
- 8.2.6. точно і своєчасно виконувати усні чи письмові приписи і рекомендації лікуючого лікаря, дотримуватися Плану лікування, своєчасно з'являтися на призначені додаткові обстеження, контрольні та профілактичні огляди;
- 8.2.7. надавати оригінали чи копії документів, що містять інформацію про стан свого здоров'я, які необхідні **Виконавцю** для надання Послуг;
- 8.2.8. повідомляти лікуючого лікаря про покращення або погіршення самопочуття, появу або зникнення симптомів та іншу інформацію про зміни стану свого здоров'я протягом строку лікування;
- 8.2.9. приймати надані Послуги належної якості та підписувати Акти;
- 8.2.10. оплачувати вартість Послуг в порядку та на умовах, визначених цим Договором;
- 8.2.11. сплатити вартість непогоджених додаткових Послуг, які було надано **Виконавцем** з метою уникнення негативних наслідків для життя або здоров'я **Пацієнта**;
- 8.2.12. підписувати інформовані згоди на проведення діагностики, лікування та знеболення, анкети та опитувальні листи **Виконавця**;
- 8.2.13. дотримуватися правил експлуатації встановлених лікувальних конструкцій;
- 8.2.14. не займатися самолікуванням.

## 9. ПРАВА І ОBOB'ЯЗКИ ВИКОНАВЦЯ

### 9.1. Виконавець має право:

- 9.1.1. вносити зміни до цього Договору, а також до переліку Послуг, змінювати ціну кожної Послуги;
- 9.1.2. проводити акції, надавати знижки та додаткові пільги на Послуги;
- 9.1.3. отримувати оплату за надані Послуги в порядку, передбаченому цим Договором;
- 9.1.4. обробляти персональні дані та іншу інформацію про **Пацієнта** відповідно до вимог законодавства України про захист персональних даних;
- 9.1.5. в разі необхідності, за попереднім погодженням з **Пацієнтом**, вносити зміни в План лікування;
- 9.1.6. самостійно визначати і призначати лікуючих лікарів, які надаватимуть Послуги **Пацієнту**;
- 9.1.7. у разі виникнення невідкладних станів, непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час проведення медичних втручань - самостійно визначати обсяг всіх необхідних та можливих заходів з їх усунення;
- 9.1.8. надати неповну інформацію про стан здоров'я **Пацієнта**, обмежити можливість його ознайомлення з окремими медичними документами у разі, якщо інформація про хворобу **Пацієнта** може погіршити стан його здоров'я або зашкодити процесу лікування;
- 9.1.9. здійснювати аудіозапис телефонних розмов з **Пацієнтом**;
- 9.1.10. вести фото та/або відео фіксацію процесу надання Послуг та в подальшому використовувати знеособлені результати такої фіксації в рекламних, маркетингових, навчальних та інших цілях, що не суперечать законодавству України;

9.1.11. перенести візит у випадку непередбаченої відсутності лікуючого лікаря або за можливості призначити іншого лікуючого лікаря для проведення лікування за згодою **Пацієнта**;

9.1.12. в разі запізнення **Пацієнта** в односторонньому порядку змінити строк надання Послуг або відмінити надання таких Послуг;

9.1.13. скеровувати **Пацієнта** до інших профільних медичних спеціалістів, в тому числі до іншого закладу охорони здоров'я, з метою уточнення діагнозу та вибору оптимального плану лікування;

9.1.14. не починати (або призупинити) надання Послуг у випадках:

(а) відмови **Пацієнта** від підписання інформованих згод та/або опитувальних листів, заповнення анамнезу (анкети здоров'я);

(б) при виникненні заборгованості у **Пацієнта** з оплати Послуг (до моменту повного погашення такої заборгованості);

(в) виявлення під час обстеження протипоказань до проведення імплантації, які можуть вплинути на ефективність використання цього складного методу, усунення недоліків зубного ряду;

(г) відмови **Пацієнта** надати правдиву інформацію про стан свого здоров'я, ознайомитися (з посвідченням цього факту своїм підписом) з твердженнями **Виконавця** медично-правової документації;

(д) виявлення у **Пацієнта** під час обстеження захворювання (патології), лікування якого неможливе в стоматологічному кабінеті через ліцензійні обмеження, кваліфікацію медичного персоналу або технічну оснащеність або при відмові **Пацієнта** від лікування такої патології, якщо це унеможливує надання Послуг за Планом лікування;

(е) перебування **Пацієнта** у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння або в іншому хворобливому стані, що перешкоджає наданню якісних Послуг;

(є) неприбуття **Пацієнтом** у встановлені дату та час для отримання відповідних Послуг;

9.1.15. відмовити в будь-який момент у наданні Послуг (за умови, що така відмова не загрожуватиме життю **Пацієнта**) в наступних випадках:

(а) надання **Пацієнтом** неповних та/або недостовірних даних про свою особу та/або стан свого здоров'я;

(б) наявність медичних протипоказань до проходження лікування методами, які були визначені Сторонами;

(в) відмови **Пацієнта** пройти необхідні для проведення подальшого лікування обстеження;

(г) у разі якщо **Пацієнт** наполягає на використанні лікарських засобів чи застосуванні методів діагностики та лікування, що не дозволені до застосування на території України;

(д) недотримання **Пацієнтом** встановлених лікуючим лікарем приписів або графіку лікування;

(е) порушення **Пацієнтом** Правил перебування та обслуговування пацієнтів в стоматологічному кабінеті.

## **9.2. Виконавець зобов'язаний:**

9.2.1. провести в узгоджений із **Пацієнтом** час первинний огляд **Пацієнта** для встановлення попереднього діагнозу, обсягу необхідного лікування, розрахунку вартості лікування і проінформувати **Пацієнта** про результати;

9.2.2. за необхідності додаткових методів обстеження з метою встановлення остаточного діагнозу провести їх, а при відсутності можливостей для цього - проінформувати **Пацієнта** і скерувати його для проходження обстеження до іншого закладу охорони здоров'я або профільного медичного спеціаліста;

9.2.3. надати Послуги належної якості відповідно до поставленого остаточного діагнозу, Плану лікування і розрахунку вартості, узгоджених Сторонами;

9.2.4. забезпечити надання **Пацієнтові** всіх необхідних Послуг, передбачених Договором та узгодженим Планом лікування;

- 9.2.5. створити належні і безпечні умови перебування **Пацієнта** у стоматологічному кабінеті;
- 9.2.6. забезпечити найбільш раціональні методи лікування відповідно до медичних показань;
- 9.2.7. інформувати **Пацієнта** про обставини, що можуть виникнути та привести до збільшення обсягу надання Послуг, про можливі ризики та ускладнення, що можуть виникнути в ході надання Послуг;
- 9.2.8. при змінах в процесі лікування узгодити з **Пацієнтом** додатковий або новий План лікування та його орієнтовну вартість;
- 9.2.9. надати **Пацієнту** лікарські призначення та рекомендації після надання Послуги;
- 9.2.10. на вимогу **Пацієнта** надавати інформацію про режим роботи **Виконавця**, умови та порядок надання Послуг;
- 9.2.11. після закінчення лікування надати на вимогу **Пацієнта** виписку з медичної карти, копії результатів обстежень, довідки за домовленістю тощо;
- 9.2.12. дотримуватися абсолютної конфіденційності інформації про стан здоров'я, результати медичних обстежень та оглядів, інтимну та сімейну сторону життя **Пацієнта**;
- 9.2.13. використовувати лікарські засоби та медичні вироби, дозволені для використання в Україні;
- 9.2.14. вести та зберігати медичну документацію і звітність відповідно до вимог законодавства України.

## 10. ІМПЛАНТАЦІЯ

- 10.1.** Операція по встановленню імплантату проводиться в два етапи:
- 1-й етап: встановлення внутрішньокісткової частини імплантату;
  - 2-й етап: (приблизно через 3 - 6 місяців) встановлення формувача ясен, а потім - опорного елемента - через 10- 20 днів.
- 10.2.** Імплантація - операція, менш травматична, ніж видалення зуба. Під час операції, яка проводиться під знеболенням, у **Пацієнтів** майже не викликає неприємних відчуттів.
- 10.3.** Основними перевагами імплантації перед звичайними методами протезування, є:
- вирішення проблеми поганої фіксації знімних протезів (можливість фіксації повного знімного протезу на 2х або 4х імплантатах) або повна відмова від знімних протезів (при встановленні достатньої кількості імплантатів);
  - можливість збереження неушкодженими зубів, що мають дефект зубного ряду, а також досягнення адекватного функціонального навантаження і попередження перевантаження цих зубів;
  - при необхідності може бути замінена зовнішня (коронкова) частина імплантату.
- 10.4.** Крім переваг, імплантація має і недоліки:
- а) необхідність хірургічного втручання;
  - б) тривале і складне лікування;
  - в) можливі серйозні ускладнення;
  - г) важко прогнозований віддалений результат лікування, і естетичний ефект.
- 10.5.** Можливими ускладненнями, є: остеомієліти (запальні процеси в кістковій тканині), некрози (знеживлення) кістки, penetрація (пошкодження, прорив верхньощелепної пазухи і нижньощелепного каналу), збільшення рухливості зубів, що може привести до необхідності їх видалення.

Після операції у деяких **Пацієнтів** процес одужання може протікати із запаленням ясен, появою патології скронево-нижньощелепного суглоба; з наслідками: головний біль з ірродіацією в шию і м'язи обличчя, втому жувальних м'язів, можливі набряки, зміна слизової оболонки на операційній ділянці, оніміння губи, язика, щоки і зубів, повільне загоєння, алергічні реакції на використані ліки та ін.

## 11. ЯКІСТЬ ПОСЛУГ

**11.1.** Послуги надаються медичними працівниками стоматологічного кабінету **Виконавця**, які мають необхідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам відповідно до законодавства України. Певні види Послуг можуть надаватися різними медичними спеціалістами **Виконавця**.

**11.2.** Послуги надаються відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та/або протоколів медичної допомоги, затверджених МОЗ України.

**11.3.** Якість наданих Послуг повинна відповідати вимогам законодавства України.

**11.4.** Послуги повинні бути безпечними для здоров'я **Пацієнта**.

**11.5.** Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється у випадках, в порядку та в строки, що передбачені законодавством України

## **12. УМОВИ ГАРАНТІЙНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**

**12.1. Виконавець** гарантує якість наданих Послуг. Гарантія надається на ті види Послуг, перелік яких затверджений **Виконавцем** та МОЗ України. Детальна інформація про гарантійні зобов'язання **Виконавця** міститься в Куточку (папці) споживача та на офіційному сайті **Виконавця**.

**12.2.** У випадках, коли при погодженні Плану лікування **Пацієнт** наполягає на застосуванні медичних втручань, позитивні результати яких дуже сумнівні чи ефект від їх застосування не буде стійким, а також коли **Пацієнт** бажає задовольнити нестандартні естетичні уподобання, гарантійні зобов'язання не оформлюються, а **Пацієнт** надає **Виконавцю** письмову заяву про відмову від гарантійних зобов'язань та інформування про можливі негативні наслідки.

**12.3.** Всі дефекти, недоробки та інші недоліки наданих Послуг, які виявлені **Пацієнтом** протягом гарантійного строку, усуваються **Виконавцем** безоплатно в строк, погоджений Сторонами, за умови:

12.3.1. дотримання **Пацієнтом** всіх рекомендацій лікаря, в т.ч. обмежень в харчуванні та щодо дотримання гігієни ротової порожнини;

12.3.2. дотримання **Пацієнтом** правил користування результатом Послуг, у тому числі ортодонтичною конструкцією, відновленим зубом тощо, відсутності травм, механічних пошкоджень;

12.3.3. своєчасної явки **Пацієнта** на прийом для продовження лікування;

12.3.4. відвідування **Пацієнтом** планових контрольних оглядів;

12.3.5. негайного, не пізніше трьох днів з моменту виявлення недоліків, звернення **Пацієнта** до стоматологічного кабінету за усуненням виявлених недоліків.

**12.4.** У разі недотримання **Пацієнтом** будь-якої умови, передбаченої в п.12.3 цього Договору, гарантійні зобов'язання **Виконавця** припиняються та **Пацієнт** втрачає право висувати вимоги, пов'язані з недоліками наданих Послуг в період дії гарантійного строку.

**12.5.** Гарантія не поширюється на нормальне зношування або на ушкодження, викликані ненормальним або неправильним використанням, недбалістю або нещасним випадком.

## **13. ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ ПАЦІЄНТА**

**13.1.** На виконання Закону України "Про захист персональних даних" **Виконавець** повідомляє **Пацієнта** про здійснення обробки його персональних даних під час виконання даного Договору.

**13.2.** Володільцем персональних даних є **Виконавець**.

**13.3.** Персональні дані збираються з метою охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування або надання медичних послуг (п. 6 ч. 2 ст. 7 Закону України "Про захист персональних даних").

**13.4.** Склад та зміст персональних даних, що обробляються **Виконавцем**:

13.4.1. загальні дані (в тому числі, але не виключно: прізвище, ім'я, по батькові, стать, дата та місце народження, адреса реєстрації та місце проживання, сімейний стан, засоби зв'язку);

13.4.2. спеціальні дані, що стосуються стану здоров'я особи (в тому числі, але не виключно: факт звернення за медичною допомогою, медична інформація про особу, що містить не лише свідчення про стан здоров'я, а й про історію хвороби, запропоновані дослідження і лікувальні заходи, прогноз можливого розвитку захворювання, наявність ризику для життя і здоров'я, відомості про наявність групи інвалідності, генетичні дані тощо).

**13.5. Пацієнт** має такі права у сфері захисту персональних даних:

13.5.1. знати про джерела збирання, місцезнаходження своїх персональних даних, мету їх обробки, місцезнаходження або місце проживання (перебування) володільця персональних даних;

13.5.2. отримувати інформацію про умови надання доступу до персональних даних, зокрема, інформацію про третіх осіб, яким передаються персональні дані;

13.5.3. на доступ до своїх персональних даних;

13.5.4. отримувати не пізніше як за 30 календарних днів з дня надходження запиту, крім випадків, передбачених законом, відповідь про те, чи обробляються його персональні дані, а також отримувати зміст таких персональних даних;

13.5.5. пред'являти вмотивовану вимогу **Виконавцю** із запереченням проти обробки своїх персональних даних;

13.5.6. пред'являти вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення своїх персональних даних **Виконавцем**, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними;

13.5.7. на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи;

13.5.8. звертатися із скаргами на обробку своїх персональних даних до Уповноваженого або до суду;

13.5.9. застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних;

13.5.10. знати механізм автоматичної обробки персональних даних;

13.5.11. на захист від автоматизованого рішення, яке має для пацієнта правові наслідки.

**13.6.** Персональні дані **Пацієнтів** зберігаються у формі картотек та/або локальних електронних баз даних.

**13.7. Виконавець** зобов'язується забезпечити конфіденційність та безпеку персональних даних **Пацієнта** під час їх обробки. Працівники **Виконавця** здійснюють обробку персональних даних **Пацієнта** виключно у зв'язку з виконанням їхніх професійних обов'язків та зобов'язуються не допускати розголошення персональних даних, які їм були довірені або стали відомі у зв'язку з виконанням професійних, службових та трудових обов'язків.

**13.8. Виконавець** може передавати персональні дані **Пацієнтів** Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Харківської міської ради (Харківської обласної державної адміністрації), органам прокуратури, правоохоронним та судовим органам, органам опіки та піклування, МСЕК, Фонду соціального страхування тощо виключно в обсязі, що є необхідним для реалізації ними своїх повноважень.

**13.9.** Адвокати мають право доступу до персональних даних лише тих **Пацієнтів**, які є їхніми клієнтами, та виключно у випадку надання цими клієнтами згоди на таку передачу. Іншим особам персональні дані передаються лише за згодою **Пацієнта** або його законного представника (батьки, опікун або піклувальник). Для наукових та статистичних цілей можуть передаватися знеособлені персональні дані, що не дозволяють ідентифікувати особу.

**13.10. Пацієнт** надає згоду на використання **Виконавцем** наданих ним контактних даних з метою інформування **Пацієнта**, здійснення зв'язку із **Пацієнтом**; для надіслання

повідомлень медичного, інформаційного та/або рекламного характеру; надсилання повідомлень, текст яких може містити персональну та конфіденційну інформацію про **Пацієнта**. За письмовою заявою **Пацієнта** контактні дані останнього виключаються зі списку адресатів для інформаційних та рекламних повідомлень.

#### 14. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

**14.1.** Конфіденційною за цим Договором визнається інформація про факт звернення **Пацієнта** за медичною допомогою, встановлений діагноз, перелік наданих Послуг, а також інша інформація, яка відповідно до чинного законодавства є конфіденційною інформацією (інформацією з обмеженим доступом).

**14.2. Виконавець** бере на себе зобов'язання щодо дотримання конфіденційності інформації, отриманої під час виконання даного Договору.

**14.3. Виконавець** декларує, що зобов'язання щодо конфіденційності, передбачені цим розділом, мають безстроковий характер і зберігають свою чинність після закінчення строку дії цього Договору.

#### 15. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРИН

**15.1.** За невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань Сторони несуть відповідальність згідно з діючим законодавством України та цим Договором.

**15.2. Пацієнт** відповідає за достовірність наданої інформації щодо свого здоров'я, виконання рекомендацій лікаря, своєчасну оплату наданих Послуг.

**15.3. Виконавець** відповідає за якість та безпеку наданих Послуг.

**15.4.** У разі прострочення оплати наданих Послуг **Виконавець** має право вимагати від **Пацієнта** сплати пені у розмірі подвійної облікової ставки Національного банку України від суми фактичної заборгованості за кожен день прострочення, а за прострочення понад 30 (тридцять) днів – додатково вимагати від **Пацієнта** сплати штрафу в розмірі суми заборгованості.

**15.5. Не є показником неналежної якості наданих Виконавцем Послуг:**

15.5.1. ускладнення та інші побічні ефекти втручання, що виникли внаслідок біологічних особливостей організму **Пацієнта** та ймовірність яких наявні знання і технології не можуть повністю виключити, якщо Послуги надані з дотриманням всіх необхідних дій і умов, що пред'являються до послуг даного виду;

15.5.2. можливий дискомфорт, що викликаний специфікою медичних методик і є наслідком реакції організму на фізичний, хімічний вплив препаратів, які проходять протягом розумного строку і про які **Пацієнт** був заздалегідь повідомлений лікуючим лікарем;

15.5.3. ускладнення, що наступили після надання Послуг у випадку грубого недотримання (порушення) **Пацієнтом** рекомендацій, наданих лікуючим лікарем.

**15.6. Виконавець звільняється від відповідальності за результат наданих Послуг та за шкоду, заподіяну здоров'ю Пацієнта, у випадках:**

15.6.1. невиконання **Пацієнтом** призначень та рекомендацій лікуючого лікаря, Плану лікування;

15.6.2. неявки чи несвоєчасної явки **Пацієнта** на заплановані прийоми чи контрольні медичні огляди;

15.6.3. відмови **Пацієнта** від продовження лікування та/або дострокового розірвання Договору;

15.6.4. неповідомлення, невчасне повідомлення **Пацієнтом** суттєвої інформації про стан свого здоров'я (анамнез), наявні шкідливі звички чи повідомлення завідомо неправдивих відомостей;

15.6.5. отримання медичної допомоги в інших закладах охорони здоров'я або в інших медичних спеціалістів;

15.6.6. несвоєчасного повідомлення **Пацієнтом** лікаря про ускладнення, що виникли під час дії Договору;

15.6.7. використання лікарських засобів та медичних виробів неналежної якості або таких, що не призначені лікарями **Виконавця**;

15.6.8. виникнення алергії або неприйняття медичних препаратів або матеріалів, дозволених до застосування;

15.6.9. розвитку захворювань чи патологій, які не пов'язані з наданням послуг за цим Договором.

**15.7. Пацієнт** повідомлений про те, що сучасна медицина не є точною наукою, відтак діагностика та лікування не можуть гарантувати отримання точного і позитивного ефекту. **Пацієнт** усвідомлює, що в силу обмеженості можливостей сучасної медицини, складності діагностики та лікування окремих захворювань, індивідуальності та унікальності організму кожного **Пацієнта** запропоновані **Виконавцем** Послуги можуть не принести очікуваного результату або навіть спричинити погіршення здоров'я **Пацієнта**, виникнення атипових реакцій та ускладнень, які не враховані у галузевих медичних стандартах (протоколах) та не описані в спеціальній літературі.

## 16. ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ

**16.1. Виконавець** звільняється від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за цим Договором у разі виникнення обставин непереборної сили, які не існували під час укладання Договору та виникли поза волею Сторін (аварія, катастрофа, стихійне лихо, епідемія, епізоотія, карантин, війна, військові дії, громадські заворушення, страйк, терористичні дії або акти, антитерористичні операції, пожежі, удари блискавки, вибухи, відсутність електричної енергії, перебої в постачанні природного газу або питної води, поломка обладнання або устаткування, тимчасова непрацездатність лікарів або іншого медичного персоналу **Виконавця** тощо).

**16.2. Пацієнт** звільняється від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за цим Договором у разі виникнення обставин непереборної сили, які не існували під час укладання Договору та виникли поза волею Сторін (аварія, катастрофа, стихійне лихо, епідемія, епізоотія, карантин, війна, військові дії, громадські заворушення, страйк, терористичні дії або акти, антитерористичні операції, пожежі, удари блискавки, вибухи).

**16.3.** Сторона, що не може виконувати зобов'язання за цим Договором унаслідок дії обставин непереборної сили, повинна за можливості негайно, проте не пізніше ніж протягом 3 (трьох) календарних днів з моменту виникнення таких обставин, повідомити про це іншу Сторону.

## 17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

**17.1.** У випадку виникнення спорів або розбіжностей Сторони зобов'язуються вирішувати їх шляхом взаємних переговорів та консультацій.

**17.2.** У разі недосягнення Сторонами згоди спори (розбіжності) вирішуються в судовому порядку відповідно до законодавства України.

## 18. ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ

**18.1.** Зміни до цього Договору вносяться **Виконавцем** в односторонньому порядку та оприлюднюються на веб-сайті **Виконавця** та на паперових носіях в стоматологічному кабінеті **Виконавця** - на рецепції та/або в Куточку (папці) споживача. В разі виявлення розбіжностей між умовами цього Договору, оприлюдненими на веб-сайті **Виконавця** та на паперових носіях в стоматологічному кабінеті **Виконавця**, пріоритет має примірник на паперових носіях.

**18.2.** У випадку внесення змін до цього Договору (в тому числі в разі зміни цін на Послуги) **Виконавець** зобов'язаний повідомити про це **Пацієнтів** за 30 днів до передбачуваної дати впровадження змін та/або введення нових цін шляхом розміщення оголошення на веб-сайті та на рецепції в приміщенні стоматологічного кабінету. Оголошення про введення нових

цін також повинно бути розміщене в стоматологічному кабінеті протягом 2-х місяців з початку їх введення.

**18.3.** У разі незгоди **Пацієнта** зі змінами, внесеними до Договору, такий **Пацієнт** зобов'язаний розірвати Договір у тижневий строк з моменту, коли він дізнався чи міг дізнатися про зміни. Продовження користування Послугами свідчить про згоду **Пацієнта** з внесеними до Договору змінами.

## 19. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ ТА ІНШІ УМОВИ

**19.1.** Цей Договір набирає чинності з дати укладення та діє безстроково, до його припинення будь-якою із Сторін в порядку, встановленому Договором.

**19.2.** Всі строки надання Послуг протягом виконання Плану лікування є приблизними та можуть змінюватися в залежності від стану здоров'я **Пацієнта** та інших об'єктивних або суб'єктивних обставин.

**19.3.** Дія цього Договору припиняється в наступних випадках:

19.3.1. за взаємною згодою Сторін, в т.ч. шляхом укладення Додаткової угоди про припинення Договору;

19.3.2. за ініціативою **Пацієнта** шляхом подання **Виконавцю** письмової заяви не пізніше ніж за 10 днів до передбачуваного дня розірвання Договору. Договір вважається розірваним з дати, що зазначена в заяві;

19.3.3. за ініціативою **Виконавця** у випадках порушення **Пацієнтом** умов Договору та (або) Правил, за умови здійснення всіх необхідних дій, що запобігають будь-якому погіршенню стану здоров'я **Пацієнта** у зв'язку з такою відмовою. **Виконавець** письмово інформує **Пацієнта** про причини відмови від Договору та дату, з якої Договір вважатиметься розірваним. За відсутністю зв'язку з **Пацієнтом** повідомлення про розірвання Договору надсилається листом за адресою, яка вказана в Договорі. Договір є розірваним з дати, що зазначена в повідомленні **Виконавця**.

**19.4.** Сторони беззастережно погоджуються під реквізитами **Пацієнта** вважати інформацію, зазначену ним при заповненні відповідних анкет **Виконавця**, які містять персональні дані **Пацієнта**, або оформленні Плану лікування та медичної карти.

**19.5.** **Пацієнт** розуміє і погоджується з тим, що вся інформація, яка розміщується на Інтернет ресурсах **Виконавця**, носить лише інформаційно-рекомендаційний характер та не може трактуватися як медична інформація та як вказівка до її застосуванні по відношенню до особи **Пацієнта**.

**19.6.** Правила перебування та обслуговування пацієнтів в стоматологічному кабінеті, діючі тарифи на медичні послуги **Виконавця** затверджуються **Виконавцем** і розміщуються на веб-сайті, а також в Куточку (папці) споживача в стоматологічному кабінеті та надаються для ознайомлення на першу вимогу **Пацієнта**.

**19.7.** На всіх документах, що пов'язані з укладенням та виконанням цього Договору, які передбачають підписання їх **Пацієнтом**, поряд з підписом **Пацієнт** обов'язково власноруч зазначає свої прізвище та ініціали.

## 20. ДОДАТКОВІ ДОМОВЛЕНОСТІ СТОРІН

**20.1.** Стороною цього Договору, крім **Виконавця** та **Пацієнта**, також може бути Третя особа – за згодою **Пацієнта** і самої Третьої особи. Законний представник **Пацієнта** не вважається Третьою особою.

**20.2.** При залученні Третьої особи Стороною Договору, **Виконавець** має право вимагати від такої особи пред'явлення документів, які підтверджують її повноваження щодо вчинення певних дій від імені **Пацієнта**.

**20.3.** Третя особа вважається такою, що супроводжує **Пацієнта** і може вчиняти дії чи отримувати інформацію виключно за згодою **Пацієнта**, яка фіксується окремим протоколом.

## 21. ДОДАТКИ

**Додаток 1** – Інформована добровільна згода Пацієнта на проведення діагностики та лікування.

**Додаток 2** – Інформована добровільна згода Пацієнта на ендодонтичне лікування.

**Додаток 3** – Інформована добровільна згода Пацієнта на проведення лікування із застосуванням дентальних імплантатів і кістково-пластичних операцій.

**Додаток 4** – Положення про гарантійні зобов'язання при наданні стоматологічних послуг.

**Додаток 5** – Інформована добровільна відмова Пацієнта від лікування та гарантійних зобов'язань.

## **22. РЕКВІЗИТИ ВИКОНАВЦЯ**

**Фізична особа-підприємець Плескот Вячеслав Михайлович**

адреса: 43025, м. Луцьк, вул. Богдана Хмельницького, 15

<https://pleskota.com.ua>

(050) 888 78 14

(098) 488 42 22

**ПОЛОЖЕННЯ  
про гарантійні зобов'язання при наданні стоматологічних послуг**

**1. Загальні положення**

1.1. Це положення визначає терміни гарантії, відповідно до Закону «Про захист прав споживачів», на медичні послуги і порядок їх встановлення в стоматологічному кабінеті ФОП Плєскот В.М. (далі – стоматологічний кабінет).

1.2. Стоматологічна продукція купується у сертифікованих постачальників, роботи виготовляються в ліцензованій лабораторії. Всі матеріали дозволені для застосування на території України.

1.3. Лікування проводиться фахівцями відповідних кваліфікацій за технологіями, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України, з дотриманням правил епідеміологічного режиму.

1.4. У разі виникнення будь-яких зауважень до виконаних робіт і послуг, необхідно звернутися до адміністратора стоматологічного кабінету (по телефону або особисто) і, виклавши суть зауваження, записатися на безкоштовний прийом до лікаря.

1.5. Виконання гарантійних зобов'язань проводиться безкоштовно.

**2. Умови гарантії на виконані стоматологічні послуги**

2.1. На виконані фахівцями стоматологічного кабінету послуги з лікування та відновлення втрачених зубів стоматологічним кабінетом ФОП Плєскот В.М. встановлені наступні гарантії:

- на ортопедичні роботи (коронки, протези) - встановлено гарантію терміном 1 рік;
- на терапевтичні роботи (пломби, реставрації) – встановлено гарантію терміном 2 роки;
- на хірургічну роботу по встановленню (інсталяції) імплантатів — встановлено гарантію терміном 3 роки.

Гарантійні зобов'язання передбачають безкоштовне поновлення виконаної роботи протягом всього гарантійного строку.

2.2. Стоматологічний кабінет ФОП Плєскот В.М. бере на себе зобов'язання усунути недоліки наданих послуг протягом гарантійних строків, за умови дотримання ПАЦІЄНТОМ певних правил та зобов'язань, а саме:

- погодження ПАЦІЄНТОМ плану лікування, запропонованого лікарем (щодо оптимальної кількості дентальних імплантатів для забезпечення прогнозованого результату лікування, у тому числі раціонального протезування з метою забезпечення відновлення жувальної і фонетичної функції та естетичної цінності, а також план терапевтичних та ортопедичних заходів);
  - дотримання ПАЦІЄНТОМ усіх рекомендацій лікаря щодо реабілітації після хірургічного втручання;
  - дотримання ПАЦІЄНТОМ правил користування результатом наданої послуги, в тому числі ортопедичною, ортодонтичною конструкцією, відновленим зубом тощо;
  - своєчасне прибуття на прийом для продовження лікування;
  - відвідування ПАЦІЄНТОМ планових контрольних оглядів та гігієнічних процедур в стоматологічному кабінеті: через три місяці після встановлення ортопедичної конструкції і далі через кожні шість місяців;
  - негайного, не пізніше трьох днів з моменту виявлення недоліків, звернення ПАЦІЄНТА в стоматологічний кабінет з вимогою усунути виявлені недоліки в період гарантійних строків.

2.3. Професійна гігієна є платною послугою відповідно до затвердженого прейскуранту цін на день надання такої послуги.

2.4. У випадку недотримання ПАЦІЄНТОМ хоча б одного з перерахованих правил та умов ефективного і безпечного використання результату наданої послуги гарантійні зобов'язання стоматологічного кабінету припиняються, тобто ПАЦІЄНТ втрачає право висувати вимоги, пов'язані з недоліками наданої послуги, в період дії гарантійного строку через порушення ним правил та умов ефективного і безпечного використання результату наданої послуги.

**2.5. Гарантійні зобов'язання стоматологічного кабінету не поширюються на наступні стоматологічні послуги:**

- ендодонтичне лікування;
- тимчасові ортопедичні конструкції;
- будь-які пластики кістки (синус — ліфтинг, аугментація альвеолярного гребня, пересадка, аутотрансплантат тощо);
- будь-які інші хірургічні операції (окрім інсталяції імплантатів).

2.6. Ускладнення та інші побічні ефекти медичного втручання, що виникли внаслідок анатомічних особливостей організму ПАЦІЄНТА, не є недоліком якості стоматологічних послуг, наданих фахівцями стоматологічного кабінету, якщо такі послуги надано з дотриманням всіх вимог, висунутих до послуг цього виду.

2.7. В разі відторгнення імплантата протягом гарантійного строку, якщо ПАЦІЄНТ дотримувався вимог та правил, стоматологічний кабінет за свій рахунок проводить повторну операцію з інсталяції імплантату.

2.8. ПАЦІЄНТ оплачує операцію по вилученню імплантату та хірургічні витратні матеріали відповідно до затвердженого прейскуранту цін на день надання такої послуги. В разі, якщо відторгнення імплантатів сталося після встановлення постійного протезування, стоматологічний кабінет поновляє хірургічну послугу з інсталяції імплантатів безкоштовно. Протезування ПАЦІЄНТ оплачує в розмірі 50% від його вартості.

2.9. В разі, якщо ПАЦІЄНТ відмовляється від поновлення роботи (реімплантації) протягом гарантійного терміну сплачені кошти ПАЦІЄНТУ не повертаються.

2.10. В разі, якщо ПАЦІЄНТ відмовляється від поновлення роботи (реімплантації) протягом гарантійного терміну, сплачені кошти ПАЦІЄНТУ не повертаються. В разі не приживлення кістки в результаті операції синус-ліфтингу, або іншої кісткової пластики чи пластики м'яких тканин повторна операція здійснюється за рахунок ПАЦІЄНТА. Строки виконання гарантійних зобов'язань встановлюються індивідуально, але не більш ніж у 30-денний строк з моменту сповіщення стоматологічного кабінету ПАЦІЄНТОМ.

**2.11. Гарантії не поширюються на випадки коли:**

- лікуючий лікар змінив тактику лікування за вимогою ПАЦІЄНТА, незважаючи на свою незгоду а також у випадках, коли ПАЦІЄНТ відмовляється від надання запропонованого додаткового лікування чи діагностики, необхідність яких визначається стоматологічним кабінетом, що повинно бути відображене у плані лікування;
- відторгнення імплантатів, пошкодження ортопедичних, ортодонтичних конструкцій в результаті травм щелеп;
- протезування (встановлення ортопедичних конструкцій) на встановлених імплантатах в іншій стоматологічній клініці;
- недотримання ПАЦІЄНТОМ зобов'язань передбачених умовами Публічного договору – оферти про надання медичних стоматологічних послуг ФОП Плескот В.М.;
- здійснюється фіксація декоративних зубних прикрас;
- здійснюється процедури по відбілюванню зубів.

2.12. Гарантійні зобов'язання стоматологічного кабінету не зберігаються при виникненні в період гарантійного терміну наступних обставин:

- вагітність;

- виникнення нових захворювань або шкідливих зовнішніх впливів, які безпосередньо призводять до зміни в зубах або оточуючих тканинах, в т.ч. тривалий прийом лікарських засобів при лікуванні інших захворювань;
  - ігнорування обов'язкового профілактичного огляду;
  - не дотримання рекомендацій лікаря;
  - при припиненні лікування з ініціативи ПАЦІЄНТА;
  - при виникненні ускладнень з вини ПАЦІЄНТА: недотримання гігієни порожнини рота, невиконання призначеного лікування, несвоєчасне повідомлення про виниклі ускладнення та ін.;
  - при виникненні форс-мажорних обставин (аварія, удар, стихійне лихо тощо), здатних вплинути на результати лікування;
  - в інших випадках, передбачених Публічним договором-офертою про надання медичних стоматологічних послуг ФОП Плєскот В.М.

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА  
на ендодонтичне лікування**

Пацієнт

Діагноз(заповнюється  
лікарем) \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_, розумію, що лікування кореневих каналів проводиться з метою збереження зуба, який у протилежному випадку підлягає видаленню.

Хоча лікування каналів має дуже високий відсоток клінічного успіху, це втручання у біологічні системи і тому результат не може бути гарантованим.

Я також розумію, що зуб, який був лікований без застосування хірургічних методів може потребувати переліковування. Окрім цього, приблизно 10% ендодонтично лікованих зубів можуть вимагати додатково оперативного втручання - резекції верхівки кореня через певний час. Але навіть після ендодонтичного лікування, переліковування і хірургічного лікування, 5% зубів вимагають видалення.

Я попереджений (на) і розумію, що після лікування кореневих каналів мій зуб буде більш крихким і його потрібно буде захистити від перелому за допомогою коронки, або вкладки і це має бути завершеним у межах **одного місяця**.

При виявленні неякісного попереднього лікування кореневих каналів, з метою збереження зуба та попередження можливих ускладнень, проводиться розпломбування та переліковування кореневих каналів.

Проходження попередньо запломбованих кореневих каналів вимагає особливої майстерності лікаря, використання додаткового інструментарію (мікроскоп) та матеріалів, а також особливих затрат часу . При цьому успішний результат може бути отриманий лише у 85% клінічних випадків.

Якщо лікування буде продовжуватись в іншій клініці, то тимчасову пломбу треба замінити протягом тижня, інакше результат не може бути сприятливим.

Лікар роз'яснив мені метод і спосіб виконання запропонованого лікування, перевагу лікування кореневих каналів перед видаленням і наслідки, які можуть наступити, якщо даного лікування не проводити.

Після проведеного лікування кореневих каналів можуть виникнути наступні ускладнення:

1. Відчуття дискомфорту після лікування, що може продовжуватись від кількох днів до кількох тижнів, з приводу чого лікар призначить відповідне медикаментозне лікування, якщо буде вважати це за потрібне.

2. набряк ясен в ділянці лікованого зуба, або лиця після лікування, який може зберігатися на протязі кількох днів, або більше і потребувати додатково хірургічного втручання.

3. Переломи інструментів під час лікування кореневого каналу, які (на розгляд лікаря) можуть бути залишені в каналі.

4. Перфорація стінки кореня під час повторного ендодонтичного лікування, яка буде закрита спеціальним цементом під час лікування.

5. Передчасна втрата зуба внаслідок прогресуючого захворювання пародонту.

Якщо лікування каналів не було завершено в повному об'ємі, то прогноз не може бути сприятливим.

Для контролю над якістю лікування через півроку, рік, два після проведеного втручання необхідно зробити контрольний рентген знімок. У випадку, коли пацієнт ігнорує повторні огляди, прогноз не може бути сприятливим.

Я ознайомлений (а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований (а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав (ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Я даю згоду на внесення до локальної інформаційної госпітальної системи, яка ведеться закладом охорони здоров'я, моїх (моєї дитини) персональних даних, у тому числі даних щодо стану мого здоров'я, поставлених мені діагнозів, призначеного лікування та його перебігу.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

Підписуючи дану згоду, я погоджуюсь з повним та безумовним прийняттям положень Публічного договору-оферти про надання медичних стоматологічних послуг та всіх можливих додатків до нього. Всі положення вказаного договору мені повідомлені, роз'яснені та зрозумілі.

Інформацію надав лікар-стоматолог \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
\_\_\_\_\_ (підпис).

Я, \_\_\_\_\_, згодний (а) із запропонованим планом лікування

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_ (підпис, П.І.П пацієнта)

**Додаток 1 до Публічного договору –  
оферти про надання  
стоматологічних послуг**

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА  
на проведення діагностики та лікування**

Я, \_\_\_\_\_, одержав (ла) інформацію про характер мого захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування, а також альтернативні методи лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав (ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

Я, \_\_\_\_\_, згодний(а) із запропонованим планом лікування по наданню стоматологічних послуг.

Я даю згоду на внесення до локальної інформаційної системи, яка ведеться ФОП Плєскот В.М., моїх персональних даних, у тому числі даних щодо стану мого здоров'я, поставлених мені діагнозів, призначеного лікування та його перебігу.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Підтверджую, що я мав (ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки.

Я уважно ознайомився (лася) з даним документом і розумію, що він має юридичну силу і несе для мене правові наслідки.

Даний документ є додатком і невід'ємною частиною історії хвороби.

Підписуючи дану згоду, я погоджуюсь з повним та безумовним прийняттям положень Публічного договору-оферти про надання медичних стоматологічних послуг та всіх додатків до нього. Всі положення вказаного договору мені повідомлені, роз'яснені та зрозумілі.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_ (підпис, П.І.П пацієнта)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА  
на проведення лікування із застосуванням дентальних імплантатів і кістково-  
пластичних операцій**

Я, \_\_\_\_\_, одержав (ла) інформацію про характер мого захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування, включаючи альтернативні методи.

Мені детально викладені суть, цілі, прогнози, можливі ускладнення майбутнього лікування. Мені роз'яснено основні етапи операції дентальної імплантації і підготовчих оперативних втручань, методи протезування з опорою на імплантати тощо. В мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання та інших працівників (далі – стоматологічний кабінет).

Я зрозумів(ла) сенс майбутніх лікувальних стоматологічних заходів і отримав(ла) відповіді на всі питання, що мене цікавлять. Я повідомив(ла) про наявність супутніх захворювань, а також про перенесені раніше оперативні втручання і сповістив(ла) про всі наявні алергічні реакції на препарати, їжу, укуси комах, анестетики, хвороби крові, реакції ясен та шкіри, кровотечі та інші стани.

Я згоден(на) на проведення передопераційного обстеження в повному обсязі, необхідного для планування операції дентальної імплантації і профілактики можливих ускладнень.

Я розумію, що під час і після процедури, операції та лікування, стан твердих та м'яких тканин порожнини рота, а також тканин навколо зубів чи імплантатів може змінюватись, тоді, на розсуд лікаря, для досягнення ефективного результату, може бути назначена додаткова чи альтернативна терапія.

У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час втручання, я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних та можливих заходів для їх усунення. У цьому я повністю покладаюся на кваліфікацію та сумлінність медичних працівників стоматологічного кабінету.

Я попереджений(на) про можливі ускладнення, пов'язані як з проведенням самої операції, так і з проведенням анестезії та вживанням ліків, а саме: біль, набряк, зміна кольору слизової і шкіри обличчя в ділянці операції, заміщення зубів, губи, язика, підборіддя, щоки, попадання в – верхньощелепну пазуху або нижньощелепний канал, довготривале загоєння, алергічні реакції та ін.

Я попереджений(на) що паління, вживання алкоголю, цукру можуть негативно вплинути на процес приживлення імплантата і знизити ефект лікування. Я зобов'язуюсь дотримуватись всіх настанов мого лікаря по догляду за порожниною рота; виконувати всі медикаментозні призначення до повного відновлення нормального самопочуття, після використання лікарських препаратів; з'являтися на післяопераційні огляди (перша, третя, сьома, десята доба, а при необхідності частіше); регулярно відвідувати лікаря ( перший рік-раз в 6 місяців, надалі-раз в рік, а при необхідності частіше)і виконувати всі його рекомендації.

Мені пояснили, що в окремих випадках (5-6%) імплантати не приживаються і потребують реімплантації або видалення. У випадку видалення завжди можна повернутись до інших методів лікування. Я проінформований(на), що у випадку відторгнення імплантата на хірургічній стадії та відмови від реімплантації,

стоматологічний кабінет зобов'язується повернути мені внесену суму чи втрачений імплантат.

Я проінформований(на), що гарантійний термін після проведення операції складає 3 (три) роки від дня встановлення імплантата у випадку дотримання мною всіх перерахованих рекомендацій лікаря.

Я проінформований(на), що точний термін лікування не може бути визначений, а передбачуваний може змінюватись.

Я ознайомлений(на) з прейскурантом цін на стоматологічні послуги, що надаються в стоматологічному кабінеті; погоджуюсь на проведення операції імплантації та пов'язані з нею заходи, зобов'язуюсь оплатити їх вартість.

У випадку виникнення ускладнень, я, в першу чергу, повинен(на) звернутись до стоматологічного кабінету. У випадку невиконання цієї умови стоматологічний кабінет не несе відповідальності за наслідки проведених в інших клініках втручань.

У випадку відмовлення від завершення лікування в стоматологічному кабінеті, в подальшому стоматологічний кабінет не несе відповідальності за подальші результати лікування.

Я погоджуюсь на використання інформації з моєї історії хвороби для наукових робіт(в тому числі і друкованих) без ідентифікації моєї особистості (без посилань на моє прізвище та місце проживання).

Підписуючи дану згоду, я погоджуюсь з повним та безумовним прийняттям положень Публічного договору-оферти про надання медичних стоматологічних послуг та всіх додатків до нього. Всі положення вказаного договору мені повідомлені, роз'яснені та зрозумілі.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_ (підпис, П.І.П пацієнта)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ВІДМОВА ПАЦІЄНТА  
від лікування та гарантійних зобов'язань**

Я, \_\_\_\_\_,  
відмовляюсь від зазначеного в Плані лікування способу і методу лікування та надання стоматологічних послуг і наполягаю на застосуванні в процесі мого лікування нестандартних естетичних уподобань та втручань.

Лікарем мені роз'яснено та мені зрозуміло, що позитивні результати при застосуванні в процесі мого лікування нестандартних естетичних уподобань та втручань є дуже сумнівними та ефект від їх застосування не буде стійким.

Мені роз'яснено та мені зрозуміло, що при застосуванні в процесі мого лікування нестандартних естетичних уподобань та втручань, гарантійні зобов'язання стоматологічного кабінету не розповсюджуються і від їх застосування я відмовляюсь.

Я розумію, що моя відмова від запропонованого лікарем лікування або зволікання може спричинити значну шкоду для здоров'я та життя. Я взяв(ла) до уваги відповіді на мої запитання. Мені також зрозуміло поради щодо подальшого способу життя, обстеження та лікування.

Мені роз'яснено, що у будь-який момент я зможу змінити прийняте рішення, звернутися до лікаря та отримати лікування до запропонованого лікарем Плану лікування.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_ (підпис, П.І.П пацієнта)