

**Приложение № 1 к Договору № \_\_\_\_\_**  
**на предоставление медицинских услуг-комплексное стоматологическое лечение**

*Минздравсоцразвития РФ*  
*Мед. документация Форма № 043/у*  
*Утв. Минздравом СССР 04101980 № 1030*

**Медицинская карта стоматологического больного № \_\_\_\_\_**  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_  
Фамилия. Имя. Отчество. Ребенка.

\_\_\_\_\_  
дата рождения

\_\_\_\_\_  
Фамилия. Имя. Отчество. Родителя.

\_\_\_\_\_  
дата рождения

\_\_\_\_\_  
род занятий

\_\_\_\_\_  
телефоны: домашний, рабочий, мобильный

\_\_\_\_\_  
электронный адрес

\_\_\_\_\_  
адрес проживания ребенка

*Кого мы можем благодарить за обращение Вас в нашу клинику?* \_\_\_\_\_

На процесс лечения заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области могут оказать влияние общие заболевания организма, а также лекарственные препараты, которые принимает Ваш ребенок. Поэтому просим Вас внимательно заполнить данную анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только для выбора метода лечения с учетом здоровья Вашего ребенка и не будут доступны посторонним лицам.

**Заболевания (в настоящие время или были в прошлом)**

Нарушения минерального обмена (в том числе рахит)

☐ да ☐ нет

Желудочно-кишечного тракта

☐ да ☐ Нет

Сердца

☐ да ☐ Нет

Почек

☐ да ☐ Нет

Органов эндокринной системы

☐ да ☐ Нет

Органов дыхания

☐ да ☐ Нет

Нервной системы

☐ да ☐ Нет

Крови

☐ да ☐ Нет

**Какие травмы/операции/ госпитализации перенес ребенок?**

\_\_\_\_\_

**Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты?**

☐ да ☐ Нет

Если да, то укажите какие \_\_\_\_\_

**Бывают ли у ребенка аллергические реакции?**

☐ да ☐ Нет

Укажите дату последней аллергической реакции \_\_\_\_\_

Перечислите, на что бывает аллергия? \_\_\_\_\_

Как проявляется (сыпь, зуд, покраснение, отёк и др.) \_\_\_\_\_

**Были ли у ребенка спонтанные носовые кровотечения?**

☐ да ☐ Нет

**Если ли у ребенка бледность/цианоз носогубного треугольника при физической нагрузке или плаче?**

☐ да ☐ Нет

**Есть ли особенности развития и поведения, о которых нам важно знать (ментальные, например РАС, СД, ЗПР и тп)?**

☐ да ☐ Нет

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Что помогает Вашему ребенку легче пережить стрессовые ситуации?**

\_\_\_\_\_

**Чего не выносит Ваш ребенок?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Как ребенок относится к врачам, к визитам в клинику, в не знакомое место?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Был ли Ваш ребенок на приеме у стоматолога?**

☐ да ☐ Нет

Если, да, опишите поведения ребенка в клинике \_\_\_\_\_

Я несу ответственность за точность , достоверность и полноту информации о состоянии здоровья моего ребенка при заполнении данной анкеты.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

# Договор оказания медицинских услуг – медицинского обследования № \_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

г. Одинцово

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г

ООО «Смайлс Сол» в лице генерального директора Кузнецова А.И. действующего на основании Устава и лицензии №ЛО41-01162-50/01288219 дата выдачи 08.07.2024 выданной: Министерством Здравоохранения Московской области, телефон: +7 498 602-04-20, именуемый в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_(или законный представитель), именуемый (ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили договоры о нижеследующем:

## А. Договор на обработку и передачу персональных данных.

**1.1.** В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г «О персональных данных» № 152-ФЗ, Пациент дает свое согласие на получение, и обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, гражданство, место и дату регистрации, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, а также данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, анамнез, сопутствующие заболевания, результаты обследования, диагноз, перечень, вид, условия, срок и объем оказанной медицинской помощи, дату оказания и стоимость оказанных услуг) сотрудникам из штата Исполнителя при условии сохранения ими врачебной тайны.

**1.2.** В процессе оказания Пациенту медицинской помощи Исполнитель имеет право передавать персональные данные Пациента, перечисленные в п.1.1. настоящего договора другим должностным лицам Исполнителя в интересах обследования и лечения Пациента и осуществлять все действия с этими персональными данными (включая сбор, хранение, изменение, внесение в электронную базу данных Исполнителя, в списки и отчетные формы). Пациент согласен с направлением ему результатов медицинских исследований, выписок и иных медицинских документов по его просьбе по электронным каналам связи с негарантированным уровнем защиты, в том числе, по указанным им адресам электронной почты. Исполнитель не может нести ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц.

**1.3.** Пациент дает согласие на фото- и видеосъемку, которая может быть использована лечащим врачом и другим специалистом Клиники Смайл Спа, принимающим участие в лечении пациента, для консультаций с другими специалистами соответствующей квалификации в целях максимально быстрого и успешного лечения, а также для исследований, научных трудов, образовательной и иной профессиональной деятельности при условии сохранения врачебной тайны.

**1.4.** Настоящий договор действует бессрочно либо до расторжения договора Пациентом после письменного его заявления с личной подписью и по окончании взаиморасчетов по оплате оказанных Исполнителем медицинских услуг.

## Б. Договор обследования.

**2.1.** Исполнитель обязуется поручить лечащему врачу из штата клиники осуществить собеседование и осмотр Пациента для установления предварительного диагноза, видов необходимых исследований и объема планируемого лечения, отразив это в амбулаторной карте Пациента.

**2.2.** Пациент проинформирован и согласен с тем, что для установления диагноза и выбора методов лечения он должен пройти современные цифровые и информативные методы обследования: рентгенологическое обследование с низкой лучевой нагрузкой: ортопантомографию и (или), по показаниям, КТ, ТРГ (с анализом и расчетами в лаборатории), а также обследование пародонтологического статуса, цифровую фотосъемку лица и зубов, снятие оттисков зубных рядов (сканирование) и изготовление их моделей. Все диагностические методы обследования осуществляются Исполнителем за отдельную плату по действующему прейскуранту.

При отказе пройти полное обследование необходимыми и достаточными методами по показаниям Исполнитель не может гарантировать качество лечения и оставляет за собой право отказать Пациенту в предоставлении медицинских услуг, за исключением оказания неотложной помощи.

**2.3.** Исполнитель, в лице лечащего доктора, обязан проинформировать Пациента о его медицинском статусе, предварительном диагнозе, результатах исследований и объеме планируемого лечения, или о вариантах лечения, включая информирование о возможных рисках и осложнениях.

**2.4.** Пациент обязуется оплатить действия, предусмотренные в п.2.1. настоящего договора по расценкам прейскуранта, с которым Пациент знакомится предварительно. При отказе от дальнейшего лечения оплата за диагностические процедуры возврату не подлежит. Копии результатов обследования выдаются Пациенту на руки бесплатно, за исключением диагностических моделей. Изготовление дубликатов моделей зубов Пациента оплачивается им дополнительно согласно прейскуранту.

**2.5.** Стороны допускают факсимильное воспроизведение Исполнителем подписей (факсимиле) уполномоченных им лиц.

### Исполнитель:

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "СМАЙЛС СОЛ" / ООО "СМАЙЛС СОЛ"  
ИНН: 5032375080  
КПП: 503201001  
ОГРН: 1245000016282  
Расчётный счёт: 40702810140000423447  
Наименование: ПАО Сбербанк  
БИК: 044525225  
Корсчёт: 30101810400000000225  
ИНН: 7707083893  
КПП: 773643002  
Юр. адрес: 143002 Московская область, г. Одинцово, ул. Гвардейская, дом 11, помещение 010  
8 (966) 319-96-33, 8 (495) 640-21-36

Ген Директор \_\_\_\_\_ Кузнецова А.И.

Пациент: \_\_\_\_\_

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Когда выдан \_\_\_\_\_ Код подразделения \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
фамилия

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг

**Этический кодекс пациентов Смайл Спа**

В нашей клинике приняты следующие правила поведения.

Просим их придерживаться, для нас это важно.

Правила взаимоотношений.

1. Просим проявлять уважение и терпимость к сотрудникам клиники и нашему труду.
2. Успех взаимоотношений между клиникой в лице ее сотрудников и пациентами, обеспечивается принципами взаимного уважения, терпимости и общей цели.
3. Недопустимо хамить, повышать голос, использовать обценную лексику, оскорблять или угрожать кому-либо из сотрудников клиники.
4. Просим всегда давать обратную связь врачу, координатору или администратору.
5. Делиться своими сомнениями, переживаниями, уровнем удовлетворенности результатом работы.
6. Недопустимо посещать клинику в алкогольном или наркотическом опьянении.

Правила визитов в клинику.

1. Просим приезжать в клинику за 10 минут до начала приема. Если вы впервые в клинике, просим приезжать за 20 минут до начала приема. Это позволит комфортнее адаптироваться к визиту и оформить все необходимые документы.
2. Пожалуйста, не опаздывайте. Если вы опоздали более, чем на 15 минут, мы вправе отменить прием, так как доктор не успеет качественно провести лечение.
3. Просим отнестись с пониманием, если вы ждете своего приема более 10 минут, в связи с работой врача с другим пациентом.
4. Если вы хотите отменить прием в клинику, просим сообщить об этом не позже, чем за 24 часа до приема.
5. За день до визита в клинику, администратор свяжется с вами для подтверждения посещения. Важно быть на связи и подтвердить визит. Если администратор не получил подтверждения до 15:00, мы приравниваем визит к отмененному и отдает это время другому пациенту.
6. Отмена визита с вашей стороны, менее чем за 24 часа или не приход на прием после подтверждения визита является существенной потерей для клиники, в связи с невозможностью передать это время другому пациенту. В этом случае клиника в праве отказать в дальнейшей записи к врачу.
7. Просим не использовать яркие парфюмы в день визита к врачу.
8. Просим перед визитом к врачу не есть продукты, вызывающие сильный запах (лук, чеснок и пр.)
9. Просим перед визитом к врачу, почистить зубы и удалить остатки пищи из полости рта.
10. В туалетных комнатах, для вас в распоряжении, одноразовые зубные щетки, пасты, ополаскиватели.
11. Просим приходить на прием без питомцев, так как клиника является местом с повышенными требованиями к асептике и антисептике.
12. Если вы приходите с сопровождающими, просим во время лечения сопровождающим находиться в зоне ожидания, а не в лечебном кабинете, за исключением детского приема, где допустимо и приветствуются нахождение в кабинете врача родителей.
13. Просим исключить использование мобильных телефонов во время работы врача и выключать звук и вибровывозы.

В случае нарушения пациентом или его законным представителем настоящего свода правил, клиника оставляет за собой право отказать пациентам и их законным представителям в приеме и заключении договора на оказание услуг, а если он заключен - в одностороннем порядке отказаться от его исполнения при отсутствии необходимости оказания пациенту экстренной медицинской помощи (ст. 782 ГК РФ, ст. 11 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ»).

Со своей стороны клиника и ее сотрудники гарантируют вам тактичное и деликатное обращение и решение ваших вопросов на всех этапах сотрудничества.

ФИО, подпись заказчика \_\_\_\_\_