Образец договора на оказание платных медицинских услуг

Документ актуализирован: 27 августа 2026 г.

Это действующий образец договора, ранее подготовленный и используемый клиникой при приёме пациентов (не новый черновой шаблон) — публикуется по указанию руководства клиники. Договор дополнен приложениями: согласие на обработку персональных данных, гарантийные обязательства, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и анкета здоровья. Итоговый договор при визите заполняется и подписывается на конкретного пациента.

Уведомление

До заключения настоящего договора Общество с ограниченной ответственностью «Адантис» (ООО «Адантис») уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, питания, труда и отдыха, физических нагрузок, тренировок и т. д., может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Договор о предоставлении платных медицинских услуг

Место заключения: г. Якутск / дата заключения «____» _____ 20____ г.

Мы, нижеподписавшиеся, Общество с ограниченной ответственностью «Адантис» (ООО «Адантис»), в лице директора Кривошапкина Кюннэй Петровна, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____, проживающий(-ая) по адресу _____, паспорт серия ___ ___, № _____, дата выдачи ___.___._____, место выдачи _____, телефон +7 (____) ____-___-___, действующий в интересах (при наличии представителя): ФИО пациента _____ и являющийся(-аяся) его (её) законным представителем, именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Статья 1. Предмет договора

1. По настоящему договору Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг, а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги, прописанные в акте выполненных работ.
2. Услуги оказываются медицинскими специалистами, сведения о которых отражаются в медицинской документации. До момента оказания услуги все сведения о специалисте доведены до Пациента в полном объёме.
3. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01179-14/00316959, выданную Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия) 25.10.2017, срок действия — бессрочно.
4. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: при оказании первичной медико-санитарной помощи — первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, стоматологии общей практики, анестезиологии и реаниматологии.
5. На результат услуги устанавливается гарантийный срок, продолжительность которого определяется Приложением № 2 к настоящему договору. Условия гарантии и обстоятельства, исключающие гарантию, определяются врачом в зависимости от вида лечения, состояния здоровья, гигиены полости рта, выполнения пациентом плана лечения в полном объёме и всех назначений и рекомендаций врача. Условия гарантии доводятся до сведения пациента, описаны в положении, также можно изучить на информационном стенде.
6. Услуги оказываются в день заключения настоящего договора, в пределах режима работы Исполнителя.
7. Перечень (наименование и количество) медицинских услуг, оказываемых Пациенту по договору, срок и место их оказания, а также стоимость медицинских услуг согласовываются сторонами в Плане лечения, являющемся приложением к договору и составляющем его неотъемлемую часть. План лечения подписывается при каждом обращении Пациента за новыми медицинскими услугами.
8. При заключении настоящего договора до Пациента доведена следующая информация: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; информация о медицинском работнике, предоставляющем услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах; другие сведения, относящиеся к предмету договора.

9. Исполнителем разъяснено Пациенту право отказаться от одного или нескольких видов медицинских услуг, в том числе от стандартов лечения, а также воспользоваться бесплатной медицинской помощью, обратившись в бюджетное лечебное учреждение.
10. Исполнитель предоставил Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая результаты обследования, диагноз, методы лечения, связанный с ними риск, возможные варианты и последствия медицинского вмешательства, ожидаемые результаты лечения; об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
12. Пациент даёт согласие об информировании и обмене данными путём телекоммуникационных средств, в том числе с помощью сети интернет — _____ (подпись).
13. Место приёма может меняться в зависимости от графика врача (филиала).

Статья 2. Права и обязанности сторон

Исполнитель обязан: провести обследование Пациента медицинскими специалистами; по результатам обследования предоставить Пациенту полную и достоверную информацию о состоянии здоровья его полости рта, сущности применяемых методик лечения, протезирования, операции, медикаментов и материалов; информировать Пациента о противопоказаниях и возможных осложнениях; ознакомить Пациента с планом и стоимостью лечения и оформлять изменения дополнительным соглашением; оказывать услуги по общепринятым в мировой медицинской практике методикам; соблюдать условия гарантии; по желанию Пациента выдавать справку, вести медицинскую документацию и предоставлять сведения из неё по письменному заявлению в течение 30 дней; информировать о возможности получения соответствующей помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий; довести до Пациента информацию о порядке направления обращений (жалоб) в органы государственной власти.

Исполнитель вправе: при выявлении противопоказаний отказать в проведении лечебных и диагностических мероприятий; требовать от Пациента соблюдения графика процедур, режима приёма лекарственных препаратов, назначений специалистов, лечебно-охранительного режима, правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности; отказаться от исполнения договора при неисполнении

Пациентом указанных правил, направив письменное уведомление с указанием причин; использовать результаты и описание хода лечения в специализированной медицинской литературе и СМИ без указания данных, позволяющих идентифицировать Пациента.

Пациент обязуется: ознакомиться с правилами оказания платных медицинских услуг, текстом договора и приложениями, подписать информированное добровольное согласие, анкету здоровья и согласие на обработку персональных данных до начала оказания услуг; оплатить услуги; строго соблюдать предписания, рекомендации, назначения и указания Исполнителя, режим питания, труда и отдыха; предоставить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья (либо ребёнка), перенесённых заболеваниях, операциях, травмах, обследованиях, аллергических реакциях и противопоказаниях, для чего заполнить анкету здоровья; немедленно извещать врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания; не использовать препараты, назначенные специалистами других учреждений, без предварительного уведомления Исполнителя; извещать Исполнителя о невозможности явки на приём не позднее чем за 24 часа; посещать Исполнителя не реже 1 раза в 6 месяцев для планового осмотра и профессиональной гигиены — несоблюдение этого графика является основанием для аннулирования/сокращения гарантийных обязательств.

Пациент имеет право: получать медицинские услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами и иными нормативными документами; в доступной форме получать информацию о состоянии своего здоровья; получать у Исполнителя медицинские документы (копии, выписки) без взимания дополнительной платы; отказаться от получения услуги до момента начала её оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

Статья 3. Ответственность сторон

Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации. Исполнитель не несёт ответственности за результаты оказания услуги в случаях неисполнения Пациентом обязанностей, предусмотренных договором и законодательством, в том числе при предоставлении неполной информации о своём здоровье. Претензия направляется в адрес Исполнителя, который в течение десяти дней с момента получения сообщает Пациенту о результатах её рассмотрения (при необходимости дополнительной проверки — до тридцати дней); на основании претензии Исполнитель вправе создать врачебную комиссию, включая независимых специалистов.

Статья 4. Порядок оплаты

Оплата услуг производится Пациентом согласно утверждённому прейскуранту, действующему на день оказания услуги, в валюте РФ, путём внесения наличных денежных средств в кассу либо перечисления денежных средств на расчётный счёт

Исполнителя. Оплата протезирования производится по 100 % предоплате согласно прейскуранту, действующему на день оформления наряд-заказа. Пациент оплачивает услуги по ценам, указанным в прейскуранте, действующем на день оплаты.

Статья 5. Порядок расторжения договора

Досрочное расторжение договора допускается по соглашению сторон, а также в одностороннем порядке при нарушении другой стороной существенных условий договора и в случаях, предусмотренных договором и законом, с соблюдением требований ст. 450, 450.1, 452 ГК РФ. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается; Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесённые им расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

Статья 6. Правила изменения договора и заключительные положения

Все изменения, дополнения и приложения к договору оформляются в письменной форме и подписываются уполномоченными лицами сторон. Правила предоставления медицинских услуг доведены до сведения Пациента в наглядной и доступной форме и размещены на информационных стендах Исполнителя. Во всём остальном стороны руководствуются действующим законодательством РФ. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

- Приложение № 1 — Согласие на обработку персональных данных.
- Приложение № 2 — Гарантийные обязательства.
- Приложение № 3 — Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
- Приложение № 4 — Анкета здоровья.

Статья 7. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель	Пациент / представитель пациента
Общество с ограниченной ответственностью «Адантис» (ООО «Адантис») ИНН 1435238970, КПП 231101001, ОГРН 1111435002337 Юридический адрес (по ЕГРЮЛ): 350024, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. им. Прокофьева С.С., д. 17, помещ. 4, офис 8 Адреса оказания услуг: г. Якутск, ул. Короленко, 7/1; ул. Ойунского, 6/1; ул. Лермонтова, 83 Лицензия № Л041-01179-	ФИО: _____ Дата: «____» _____ 20____ г. Документ: серия ___ ___, № _____, дата выдачи ___.___._____, место выдачи _____ Телефон: +7 (____) ____-___-___ Подпись: _____

Исполнитель	Пациент / представитель пациента
14/00316959 от 25.10.2017, Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия) Телефон: +7 914-220-73-53 E-mail: adantis2011@mail.ru Директор: _____ Кривошапкина Кюннэй Петровна	

Приложение № 1. Согласие пациента на обработку персональных данных

Я (ФИО) _____, __.__._____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, паспорт серия ___ ___, № _____, дата выдачи __.__._____, место выдачи _____, в соответствии со статьёй 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим выражаю своё согласие на обработку Общество с ограниченной ответственностью «Адантис» (ООО «Адантис») (ОГРН 1111435002337), (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включая лабораторные методы обследования.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать своё согласие путём направления письменного заявления в адрес Оператора заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручения лично под расписку представителю Оператора; после получения такого

заявления Оператор обязан прекратить обработку данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне ранее медицинской помощи.

Исполнитель _____ / _____

Потребитель _____ / _____

Приложение № 2. Гарантийные сроки и обязательства

В соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей» организация «Адантис» (ООО «Адантис») обязана установить гарантийный срок на услуги. Настоящее приложение определяет сроки гарантии на медицинские услуги и порядок их установления. Примечания: при несоблюдении пациентом гигиены полости рта сроки гарантии уменьшаются на 50 %; при нарушении графика профилактических осмотров и профессиональной гигиены полости рта, предусмотренных планом лечения, гарантия аннулируется; условия гарантии доводятся до сведения пациента и могут быть прописаны индивидуально в амбулаторной карте или информированном согласии.

Терапевтическая стоматология

Наименование	Срок гарантии	Срок службы
Постановка пломб из композита светового отверждения, эстетическая реставрация — I–IV класс по Блэку	1 год	1 год
Постановка пломб, V класс по Блэку	без гарантии	6 месяцев
Постановка пломб с парапульпарными штифтами	1 год	1 год
Лечение хронического пульпита (все формы)	1 год	1 год
Лечение хронического апикального периодонтита	6 месяцев	6 месяцев
Лечение хронического апикального периодонтита в обострении	6 месяцев	6 месяцев

Ортопедическая стоматология

Наименование	Срок гарантии	Срок службы
Вкладки из металла, цельнокерамические, диоксид циркония	1 год	2 года
Виниры	1 год	2 года
Коронки и мостовидные протезы из металлокерамики	1 год	3 года

Наименование	Срок гарантии	Срок службы
Цельнокерамические коронки (диоксид циркония / дисиликат лития)	1 год	3 года
Фрезерованные пластмассовые конструкции (лабораторные)	3 месяца	1 год
Бюгельные и ацеталовые протезы	1 год	3 года
Частичные и полные съёмные пластиночные протезы	6 месяцев	1 год
Имплантаты	1 год	3 года
Протезы с опорой на имплантаты	1 год	3 года
Пластмассовые коронки на импланте	4 месяца	6 месяцев
Починка протеза, пластмассовые коронки	без гарантии	без гарантии

Детская стоматология

Наименование	Срок гарантии	Срок службы
Пломба из композита светового отверждения при кариесе постоянного зуба	1 год	1 год
Пломба из композита светового отверждения при кариесе временного зуба	6 месяцев	1 год
Лечение пульпита временного зуба	6 месяцев	1 год
Лечение пульпита постоянного зуба	1 год	1 год
Лечение периодонтита временного зуба	1 месяц	1 месяц
Лечение периодонтита постоянного зуба	3 месяца	3 месяца

В течение гарантийного срока замечания пациентов рассматриваются по письменному заявлению в установленном порядке. С содержанием настоящего документа пациент ознакомлен и согласен полностью.

Исполнитель _____ / _____

Потребитель _____ / _____

Приложение № 3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ (ФИО гражданина либо законного представителя), ___.___._____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, проживающий(ая) по адресу: _____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации), в отношении: ФИО ребёнка _____, дата рождения _____, проживающего по адресу _____ –

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи мной / лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Общество с ограниченной ответственностью «Адантис» (ООО «Адантис») (ОГРН 1111435002337).

Медицинским работником _____ (ФИО медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном(ых) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти: _____ (ФИО (при наличии), контактный телефон).

Исполнитель _____ / _____

Потребитель _____ / _____

Приложение № 4. Анкета здоровья (стоматологическая)

Последний визит к стоматологу: _____

1. Заболевания (отметьте «Да» или «Нет»)

- Сахарный диабет
- Бронхиальная астма
- Эпилепсия / судороги
- Нарушение свёртываемости крови
- Инфаркт / инсульт / кардиостимулятор
- Повышенное давление (гипертония)
- Гепатит / заболевания печени
- Заболевания почек
- Онкология (лучевая терапия)
- ВИЧ (положительный статус)
- Аутоиммунные заболевания

2. Приём лекарств и прошлые реакции

- Принимаете ли вы постоянно какие-либо лекарства? Если да — какие: _____
- Принимаете ли антикоагулянты (варфарин, ксарелто, аспирин)?
- Была ли потеря сознания после укола у стоматолога?
- Было ли длительное кровотечение после удаления зуба?
- Применялось ли в пределах полугода лечение препаратом ботулотоксина для коррекции мимических морщин и если да — в какой зоне: _____
- Состоите ли на учёте в лечебном учреждении?

3. Аллергии — это очень важно!

- На местный анестетик (лидокаин, артикаин) — если да, то на какой именно: _____
- На антибиотики — если да, то на какой: _____
- На НПВС (аспирин, ибупрофен, парацетамол)
- На латекс (перчатки) / йод
- На пищевые продукты — если да, то на какие: _____
- На другие лекарства — если да, то на какие: _____

4. Для женщин

- Беременность (срок): _____

- Кормление грудью
- Приём гормональных контрацептивов

5. Дополнительно

- Бруксизм (скрежет зубами ночью)
- Страх перед лечением / уколом / бормашиной
- Курение
- Алкоголь (регулярно, более 1 раза в неделю)

Я подтверждаю, что ответил(а) честно и предупреждён(а), что сокрытие информации может навредить моему здоровью. Обязуюсь сообщить врачу об изменениях в здоровье до начала лечения.

Дата: «____» _____ 20____ г. Подпись: _____