

Утверждаю:  
Директор ООО «Альфа-Дент»  
« 01 » сентября 2023г.  
\_\_\_\_\_ Бриньковский П.В .

## ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ООО «Альфа-Дент»

Настоящие Правила определяют условия предоставления в ООО «Альфа-Дент» (далее ООО «Альфа-Дент») гражданам платных медицинских услуг. Платные медицинские услуги в ООО «Альфа-Дент» предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданную в установленном порядке.

### I. Общие положения

1. Настоящие Правила определяют порядок и условия предоставления в ООО «Альфа-Дент» гражданам платных медицинских услуг.

2. Настоящие Правила разработаны на основании:

- Конституции Российской Федерации;
- Гражданского кодекса Российской Федерации;
- Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»;
- Закона РФ от 09.01.1996 № 2 - ФЗ «О защите прав потребителей»;
- Закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ « О персональных данных»;
- Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 « Об утверждении правил

предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

3. Для целей настоящих Правил используются следующие основные понятия:

**"платные медицинские услуги"** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

**"заказчик"** - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**"потребитель"** - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

**"исполнитель"** - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

4. Понятие **"потребитель"** применяется также в значении, установленном Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей". Понятие **"медицинская организация"** употребляется в значении, определенном Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5. Платные медицинские услуги предоставляются в ООО «Альфа-Дент» на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

6. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами или

иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

7. Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя и (или) заказчика.

## **II. Условия предоставления платных медицинских услуг**

8. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи.

9. ООО «Альфа-Дент» определяет цены (тарифы) на предоставляемые медицинские услуги самостоятельно.

10. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

11. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

## **III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах**

12. Информация об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах доводится до сведения потребителей в соответствии со статьями 8 - 10 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

13. Исполнитель - обязан предоставить потребителю и (или) заказчику следующую информацию:

а) адрес юридического, основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;

б) адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет") (при его наличии);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

14. Исполнитель представляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

15. Исполнителем в соответствии со статьей 9 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей" должны быть предоставлены информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию.

В случае временного приостановления деятельности медицинской организации для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий исполнитель обязан информировать потребителей путем размещения информации на сайте медицинской организации либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность медицинской организации будет приостановлена.

16. Помимо информации, предусмотренной пунктами 12 - 15 настоящих Правил, исполнитель обязан довести до сведения потребителя и (или) заказчика следующую информацию:

- а) перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, предусмотренной пунктом 11 настоящих Правил, с указанием цен в рублях;
- б) стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя (при наличии у исполнителя такого сайта) ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;
- в) сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- г) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- д) график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- ж) образцы договоров;

17. Информация, указанная в пунктах 12 - 16 настоящих Правил, доводится до сведения потребителей посредством размещения на сайте медицинской организации в сети "Интернет" (при наличии у медицинской организации такого сайта) и на информационных стендах (стойках) ООО «Альфа-Дент» в наглядной и доступной форме.

Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги.

18. При заключении договора потребителю и (или) заказчику должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

19. В договоре должна содержаться информация об уведомлении потребителя и (или) заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в ООО «Альфа-Дент".

20. Исполнитель доводит до потребителя и (или) заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

В случае если такая информация исполнителем не предоставлена, потребитель и (или) заказчик вправе направить обращение (жалобу) в любой форме и любым способом.

При предъявлении потребителем и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

#### **IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг**

21. Договор заключается потребителем и (или) заказчиком с исполнителем в письменной форме.

22. Договор должен содержать следующую информацию:

- а) сведения об исполнителе:

наименование и фирменное наименование (при наличии) медицинской организации - юридического лица, адрес юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика; сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем лицензию, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией;

б) сведения о потребителе (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

в) сведения о законном представителе потребителя или лице, заключающем договор от имени потребителя:

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

г) сведения о заказчике (в том числе если заказчик и законный представитель являются одним лицом):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

данные документа, удостоверяющего личность заказчика;

данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя;

наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

д) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

е) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

ж) условия и сроки ожидания платных медицинских услуг;

з) сведения о лице, заключающем договор от имени исполнителя:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

должность;

документ, подтверждающий полномочия указанного лица;

и) подписи исполнителя и потребителя (заказчика), а в случае если заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

к) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

л) порядок изменения и расторжения договора;

м) порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

н) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

23. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

24. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

25. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя и (или) заказчика или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

26. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя и (или) заказчика.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

27. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

28. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, которые установлены договором.

29. Потребителю и (или) заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

30. В целях защиты прав потребителя медицинская организация по обращению потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) документы установленного образца, подтверждающие оплату (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).

31. Заключение договора и оплата медицинских услуг заказчиком в случаях, если заказчик выступает страховщиком по добровольному медицинскому страхованию потребителя, осуществляются в порядке, предусмотренном настоящим разделом.

## **V. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

32. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам.

В случае если федеральным законом или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

33. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

34. Исполнитель обязан при предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

35. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

36. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

За непредоставление в установленном порядке субъектам официального статистического учета первичных статистических данных по установленным формам федерального статистического наблюдения об оказанных платных медицинских услугах гражданам иностранных государств исполнитель, включенный Центральным банком Российской Федерации в перечень респондентов, несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

37. При оказании платных медицинских услуг обязанность исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

38. Оплата медицинской услуги потребителем и (или) заказчиком путем перевода средств на счет третьего лица, указанного исполнителем (в письменной форме), не освобождает исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной потребителем и (или) заказчиком суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

#### **VI. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг**

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

40. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### **VII. Приложения к Правилам предоставления платных медицинских услуг**

- А) Договор об оказании платных стоматологических услуг (Приложение №1).
- Б) Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение №2).
- В) Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (Приложение № 3).
- Г) Согласие гражданина на обработку персональных данных (Приложение №4).
- Д) Информированное добровольное согласие потребителя на лечение кариеса (Приложение №5).
- Е) Информированное добровольное согласие потребителя на лечение пульпита (Приложение №6).
- Ж) Информированное добровольное согласие потребителя на лечение периодонтита (Приложение №7).
- З) Информированное добровольное согласие потребителя на ортопедическое лечение (Приложение №8).
- И) Имплантологическая карта (Приложение № 9)

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. До заключения договора Потребитель ознакомлен с прейскурантом клиники; с Правилами предоставления платных медицинских услуг в ООО «Альфа-Дент»; с информацией о враче, оказывающим медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации; с условиями, порядком, сроках, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты; с положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги; о порядке сбора, обработки и хранения моих персональных данных, расположенных на сайте клиники, информационном стенде в регистратуре клиники.

Потребитель проинформирован, что ООО "Альфа-Дент" не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

\_\_\_\_\_

(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

### Договор об оказании платных медицинских услуг № в стоматологической клинике "Альфа-Дент"

г. Волгоград

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Альфа-Дент» (ООО «Альфа-Дент»), бессрочная выписка из реестра лицензий № ЛО-34-01-003727 от 10.05.2018г., выданная Комитетом здравоохранения Волгоградской области (г. Волгоград, ул. Туркменская, д.6, тел. +7 (8442) 30-99-99), на оказание первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. в лице директора Бриньковского Петра Валерьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и \_\_\_\_\_,

(ф.и.о. Потребителя (Пациента))

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, телефон: +7 (9 \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем "Потребитель", далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю стоматологические услуги (далее – «Услуги») согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Потребитель принять и оплатить их по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сроки оказания услуг определяются сторонами на основании ст.429.1 Гражданского кодекса РФ в дополнительных соглашениях к настоящему договору, являющихся неотъемлемой частью Договора, подписываемых между Исполнителем и Потребителем.

#### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

##### 2.1. Исполнитель имеет право:

2.1.1. Отказать Потребителю в оказании услуг при несоблюдении правил поведения в клинике, условий гарантии, при неявке на прием или опоздании более 2-х раз, при несоблюдении рекомендаций врача, при

несогласии Потребителя с планом лечения, при невозможности оказать в данном клиническом случае квалифицированную помощь.

2.1.2. Не оказывать услуги по договору, если не достигнуто полное взаимопонимание, доверие и психологическая совместимость врача и пациента, если персонал не обладает квалификацией и оснащением для оказания Потребителю требуемых им услуг.

2.1.3. В одностороннем порядке отказаться от исполнения договора, если Пациент после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранил данные обстоятельства, если нет угрозы для жизни.

2.1.4. Требовать от Потребителя предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.

2.1.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

2.1.6. В одностороннем порядке изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Пациенту.

2.1.7. Допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема, сроков и стоимости лечения.

2.1.8. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Потребителя план или(и) сроки лечения, а в случае несогласия Потребителя с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.

2.1.9. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

2.1.10. Оставить в своем распоряжении все результаты обследований, диагностические модели, рентгеновские снимки, фотографии.

2.1.11. Техническая работа может быть выполнена собственной лабораторией, так и лабораторией, с которой у Исполнителя имеются договорные взаимоотношения. При отсутствии возможностей у Исполнителя для проведения диагностических, консультационных, лечебных манипуляций, последний в праве направить Пациента в иную медицинскую организацию.

2.1.12. Требовать оплаты оказанных услуг.

2.1.13. Передавать информацию об объеме и стоимости лечения по требованию суда, правоохранительных органов, а также третьим лицам в случае, если оплата этого лечения осуществлялась ими.

2.1.14. Производить фотопротоколирование клинической ситуации, результатов лечения.

2.1.15. Устанавливать систему видеонаблюдения, направленную на обеспечение безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

## **2.2. Потребитель имеет право:**

2.2.1. На охрану здоровья и медицинскую помощь.

2.2.2. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

2.2.3. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах.

2.2.4. На обследование, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.2.5. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

2.2.6. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

2.2.7. На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством РФ.

2.2.8. Знакомиться с документами, получить медицинскую справку и документы для социального вычета.

2.2.9. На получение информации о своих правах и обязанностях, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.2.10. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.2.11. Отказаться от исполнения услуг посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты части оказанных услуг, фактически выполненных до получения извещения об отказе Потребителя от исполнения договора.

2.2.12. Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских

работников клиники; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету договора.

2.2.13. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами.

2.2.14. Потребитель имеет и другие права, предусмотренные действующим законодательством.

### **2.3. Исполнитель обязан:**

2.3.1. Обеспечить Потребителя информацией о перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведениями об уровне профессионального образования и квалификации специалистов.

2.3.2. Оказать услуги надлежащего качества и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенных на территории РФ;

2.3.3. Соблюдать обязательства по срокам и условиям гарантии, и при возникновении гарантийного случая безвозмездно оказать услуги по устранению проблемы.

2.3.4. По первому требованию Потребителя сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п. 1 настоящего договора;

2.3.5. Соблюдать принцип конфиденциальности, полученной от Потребителя информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

### **2.4. Потребитель обязан:**

2.4.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг, в том числе выполнять устные и указанные в памятках, приложениях к Договору рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, принимаемых препаратах, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

2.4.2. Оплатить стоимость предоставленных услуг по факту их оказания согласно стоимости по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг. Соглашаясь на лечение и получив услугу по факту, Потребитель подтверждает свое согласие с правилами оказания медицинских услуг и их стоимостью. Отсутствие заранее подготовленного предварительного плана лечения не является поводом для отказа в оплате фактически оказанных услуг. Услуги по данному договору могут быть оказаны по желанию Потребителя и согласованы с Потребителем устно без предварительного составления письменного плана лечения.

2.4.3. Явиться в клинику за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита.

2.4.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка в клинике Исполнителя, подписывать информированные добровольные согласия на оказание услуг, предварительный план лечения и иные документы и приложения к настоящему Договору.

2.4.5. Соблюдать правила поведения в общественных местах: громко не разговаривать, не шуметь, вести себя корректно по отношению к посетителям и сотрудникам, не распивать спиртные напитки, не употреблять наркотические средства, психотропные и токсические вещества; не появляться в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения (оценивается по внешним признакам); не пользоваться служебными телефонами без разрешения администратора или иных должностных лиц Исполнителя и т.д..

2.4.6. Соблюдать правила запрета курения в медицинских учреждениях.

2.4.7. Соблюдать правила пожарной безопасности: при обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, Пациент должен немедленно сообщить об этом администратору клиники.

2.4.8. Соблюдать санитарно-противоэпидемический режим: верхнюю одежду оставлять в гардеробе, проходить в помещение Клиники в бахилах (бахилы можно получить у администратора).

2.4.9. В случае изменения состояния здоровья, связанного, по мнению Потребителя с проведенными исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить администратору клиники или лечащему врачу и, в случае необходимости, прибыть для осмотра, на консультацию в клинику в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.

2.4.10. В случае отказа от продолжения лечения у Исполнителя, Потребитель обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, оплатив оказанные услуги и все фактические понесенные Исполнителем расходы.

- 2.4.11. Посещать клинику Исполнителя 2 раза в год для планового профилактического осмотра.
- 2.4.12. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.
- 2.4.13. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем условия гарантии.

### **3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

- 3.1. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 3.2. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего договора ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах, содержащей следующие сведения:
- 3.2.1. Порядок оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях.
- 3.2.2. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учётом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги.
- 3.2.3. Информацию о враче, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, график работы.
- 3.2.4. Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 3.2.5. Сроки ожидания предоставления платных услуг.
- 3.2.6. Местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг.
- 3.2.7. Порядок осуществления видеонаблюдения в целях усиления мер антитеррористической и пожарной безопасности, осуществления личной безопасности работников и пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи.
- 3.2.8. Иные сведения, по требованию Потребителя, связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.
- 3.3. Основанием для предоставления услуг является добровольное желание Потребителя получить услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания услуг.
- 3.4. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, составляет предварительный план лечения, информирует об этом Потребителя и получает его письменное информированное добровольное согласие. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство. После этого проводится комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.
- 3.5. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным планом лечения и в порядке, утвержденном в Правилах оказания услуг Исполнителем, с которыми Потребитель ознакомлен до подписания настоящего договора.
- 3.6. Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Потребителя, диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врача.
- 3.7. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя. Отказ Потребителя от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя, стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

3.8. Если в процессе оказания услуг потребуются предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

3.9. Время явки Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем каждый раз. Согласование даты и времени явки на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

3.10. Пациент может предъявлять свои пожелания к эстетике работы Исполнителя на трех приемах. На третьем приеме работа считается сданной и подлежит полной оплате, если работа Исполнителем выполнена качественно. Исполнитель не может гарантировать достижение эстетических ожиданий Потребителя т.к. это субъективный критерий.

3.11. Исполнитель предоставляет Потребителю гарантию на все виды услуг, согласно Положению о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, производимые Исполнителем.

#### **4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ**

4.1. Стоимость договора состоит из совокупной стоимости фактически оказанных Потребителю стоматологических услуг, согласно действующему прейскуранту Исполнителя на день оказания услуги, указывается в Акте выполненных работ и кассовом чеке. Факт оказания услуги подтверждается записями в медицинской документации лечащим врачом.

4.2. Оказанные в соответствии с п. 3.7 настоящего договора дополнительные услуги оплачиваются Потребителем по расценкам действующего прейскуранта.

4.3. Потребитель обязан оплачивать услуги Исполнителя после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент подписания настоящего договора прейскуранта.

4.4. С согласия Потребителя и Исполнителя услуги могут быть оплачены в полном объеме предоплатой или частично путем внесения аванса. При досрочном расторжении договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат ранее внесенного аванса наличными в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора по заявлению Потребителя.

4.5. Форма оплаты: наличный расчет через кассу и безналичный расчет через расчетный счет клиники.

4.6. По всем гарантийным случаям работы выполняются бесплатно.

#### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с данным разделом договора. В случаях нерегулируемых данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ.

5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи: с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; при наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Потребителем при получении информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, предъявление претензий Потребителя к качеству оказания услуг после вмешательства самого Потребителя или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую конструкцию или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию, а также при нарушении Потребителем условий гарантии и после истечения сроков гарантии и сроков службы о вещественных результатах услуг, Исполнитель ответственности не несет.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру выполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако, ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Потребителя, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить.

5.4. При несоблюдении Исполнителем обязательств по исполнению услуг Потребитель вправе действовать в соответствии с Законом РФ от 07.02.2022г. №2300-1 «О защите прав потребителей».

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

5.6. При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращении лечения) по своему желанию Потребитель обязуется оплатить Исполнителю расходы, фактически понесенные им в целях исполнения данного Договора.

## **6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ КОПИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

6.1. Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

6.2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

6.3. В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

6.4. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

6.5. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем.

## **7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на совместном заседании Потребителя, врачебной комиссии Исполнителя. Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии - 10 дней.

7.2. При недостижении согласия сторон в досудебном порядке или пропуская до судебное решение споров, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по договору.

## **9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

9.2. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.3. Подписывая данный договор, Потребитель подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления со стороны, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения. Потребитель в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующих медицинских учреждениях. Потребитель полностью ознакомлен со стоимостью всех услуг Исполнителя, сроками оказания услуг, условиями и сроками гарантии и согласен с ними.

9.4. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

9.5. Расторжение Договора возможно по факту выполнения сторонами всех обязательств по Договору; по инициативе Потребителя, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенных Исполнителем расходов; по инициативе Исполнителя, если Потребитель отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, связанным с лечебным процессом, либо иным образом нарушает правила оказания услуг Исполнителем; по обоюдному согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктами настоящего Договора, либо в спорных случаях - по решению суда согласно Законодательству РФ.

9.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Исполнителя, второй у Потребителя.

## **10. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН**

**Исполнитель:** ООО «Альфа-Дент»

400050, г.Волгоград, ул. Им.Рокоссовского, 62, офис 30-33, 43, 45 тел: (8442) 59-48-46; +7(927) 510-63-66  
ИНН/КПП 3443063478/344401001

ОГРН 1053443004746

Директор ООО «Альфа-Дент»

Бриньковский П. В. \_\_\_\_\_

Потребитель : \_\_\_\_\_ (ФИО Потребителя) \_\_\_\_\_ (подпись)

Приложение № 2  
Утверждено приказом Министерства  
здравоохранения РФ от  
12.11.2021 № 1051н

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(дата рождения гражданина либо законного представителя) зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н [1] (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Альфа-Дент».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, 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, включенных 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 (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или

состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Приложение № 3  
Утверждено приказом Министерства  
здравоохранения РФ от 12.11.2021 №  
1051н

### Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя) зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем) при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в стоматологии «Альфа-Дент» (ООО «Альфа-Дент»)

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1>:

\_\_\_\_\_  
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

\_\_\_\_\_  
(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Приложение № 4

### СОГЛАСИЕ гражданина на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество лица, выражающего согласие на обработку персональных данных) проживающ \_\_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_

наименование документа удостоверяющего личность

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

и его реквизиты (кем и когда выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», и в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.1993г. своей волей и в своем интересе выражаю (наименование учреждения) ООО «Альфа-Дент» (далее - Оператор), согласие на обработку следующих моих персональных данных: фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, пола, гражданства, места жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту пребывания, места работы, социального положения (статуса), реквизитов документа, удостоверяющего личность, сведений об оказанной мне медицинской помощи, лекарственном обеспечении, данных о состоянии здоровья, диагнозах.

Обработка моих персональных данных Оператором осуществляется исключительно в целях защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи, осуществлении контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий, оплаты оказанных медицинских услуг, ведения учета оказанной медицинской помощи, обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, передача между Оператором, страховыми организациями, заключившими со мной договор добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями и учреждениями, в которых мне будет предоставлена медицинская помощь, в том числе лекарственное обеспечение, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Оператор вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Мне гарантируется конфиденциальность моих персональных данных при их обработке и хранении не дольше срока, предусмотренного нормативными актами.

Настоящее согласие действует бессрочно и дано мною (дата) \_\_\_\_\_.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан осуществить блокирование моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Приложение № 5

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА.**

Мне, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р., врач  
сообщил, что мне показано лечение \_\_\_\_\_ зуба(ов)

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомилась(ся) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Особые условия: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Врач понятно объяснил мне кариес зубов - самый распространенный вид заболевания в мире. Это патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба, с последующим образованием дефекта в виде полости. Виды проявления кариеса: стадия пятна, поверхностный кариес, средний кариес, глубокий кариес. Если стадия пятна подлежит профилактическому лечению, то все остальные стадии требуют препарирования тканей зуба и восстановления дефектов зуба пломбировочными материалами, вкладками, винирами, коронками.

В случае отказа от предложенного лечения, кариозный процесс будет прогрессировать и перейдет в такие осложнения как пульпит (воспаление пульпы) или периодонтит (некроз пульпы), а дальнейшем приведет к потере зуба. Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения кариеса, а именно:

- Случайное вскрытие полости зуба из-за анатомических особенностей строения зуба, а так же если кариозная полость глубокая и дно полости зуба истончено.
- После лечения возможно появление повышенной чувствительности на температурные раздражители, которая проходит через некоторое время.
- Несовпадение цвета пломбы в первые 3 суток, после постановки, что связано с особенностями пломбировочного материала.
- Отлом истонченной стенки зуба, что будет компенсировано с помощью пломбировочного материала.

Отдаленные осложнения:

- Могут появиться новые кариозные поражения, развивающиеся в ранее леченом зубе, как самостоятельный процесс.
- Возобновление или прогрессирование процесса под пломбой, в связи с острым течением кариеса, что может привести к осложненному кариесу - пульпиту (воспаление пульпы) или периодонтиту (некроз пульпы).

Я понимаю, что обязан(а) являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время.

Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения. Я согласен(а) на проведение метода местной анестезии выбранного совместно с лечащим врачом.

Врач понятно объяснил мне о возможности возникновения неотложных состояний связанных с применением анестезии (обморок, аллергия, гематома, затрудненное открывание рта, парестезия, коллапс, шок).

Мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов, и соблюдение методик.

С планом лечения и стоимостью согласен (а) \_\_\_\_\_

Лист согласования мною прочитан. Полученная информация о характере оказываемой услуги, возможных нежелательных результатов, осложнениях и их причинах мне понятна и достаточна для принятия решения. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен(а) с ним.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

Приложение № 6

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА.

Мне, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р., врач \_\_\_\_\_ сообщил, что мне показано лечение зуба (ов) \_\_\_\_\_. Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомилась(ся) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Врач понятно объяснил мне, что пульпит зубов – это воспалительный процесс в пульпе («нерв» — разгов.), чаще всего причиной воспаления служат микроорганизмы и их токсины, попадающие в пульпу из кариозной полости зуба. Лечение пульпита связано с препарированием зуба и лечением каналов зуба (эндодонтическое лечение). В случае отказа от предложенного лечения, воспалительный процесс будет прогрессировать и перейдет в такие осложнения как периодонтит (некроз пульпы), а дальнейшем приведет к потере зуба. Врач разъяснил мне, что хотя эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. **Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:** 1. Во время лечения и после него может появиться ощущение дискомфорта, боль продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты; если сочтёт это нужным. 2. Во время лечения и после него может появиться отечность десны в области леченого зуба или лица, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. 3. Во время лечения и после него может появиться тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длился несколько дней, но может и дольше. 4. В случае недостижения положительного результата, вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.

Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала. Поломанный инструмент, по усмотрению врача, может быть оставлен в леченом канале, или может потребоваться его хирургическое удаление.

Во время лечения корневых каналов возможна перфорация корневого канала, возникшая в результате анатомических особенностей корневой системы зуба.

При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент осложнений. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии. Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем, если зуб не будет покрыт коронкой.

Я понимаю, что обязан(а) являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время. Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения. Я согласен(а) на проведение метода местной анестезии выбранного совместно с лечащим врачом. Врач понятно объяснил мне о возможности возникновения неотложных состояний связанных с применением анестезии (обморок, аллергия, гематома, затрудненное открывание рта, парестезия, коллапс, шок). Мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов, и соблюдение методик. С планом лечения и стоимостью согласен. *Лист согласования мною прочитан. Полученная информация о характере оказываемой услуги, возможных нежелательных результатов, осложнениях и их причинах мне понятна и достаточна для принятия решения. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен(а) с ним.*

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

Приложение № 7

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА

## ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОНТИТА

Мне, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р., врач \_\_\_\_\_ сообщил, что мне показано лечение зуба (ов) \_\_\_\_\_.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомилась(ся) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Врач разъяснил мне, что **ПЕРИОДОНТ** – включает в себя цемент корня зуба, периодонтальную связку и костную ткань вокруг зуба. **ПЕРИОДОНТИТ** – инфекционно – воспалительный процесс в периодонте. Периодонтит может протекать остро или хронически (бессимптомно).

Врач разъяснил мне, что эндонтическое лечение периодонтита имеет не высокий процент клинического успеха, и я понимаю, что оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Причина развития периодонтита:

1. травма зуба
2. некачественное лечение пульпита
3. усиленная нагрузка на зуб

Лечение периодонтита:

1. хирургическое – удаление зуба, резекция верхушки корня, ампутация корня, гемисекция зуба
2. консервативное – заключается в механической и медикаментозной обработке канала, использование материалов, способствующих восстановлению костной ткани.

Ожидаемый результат лечения: устранение очага инфекции в костной ткани и восстановление разрушенной костной структуры.

Не лечение периодонтита может привести к увеличению очага резорбции костной ткани и обострению хронического очага инфекции.

Иногда зубы с таким диагнозом требуют длительного консервативного лечения (до 6-месяцев) с непрогнозируемым диагнозом. Врач объяснил, что в процессе лечения может возникнуть обострение, которое проявляется появлением боли в области этого зуба, отеком, повышением температуры. Результат лечения зуба с данным диагнозом зависит от размеров очага разрушения в костной ткани, от состояния иммунитета пациента, от состояния зуба в предшествующий лечению период, от дисциплинированности пациента, который обязан не прерывать лечения и выполнять все рекомендации врача.

Я понимаю, что обязан(а) являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время. Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения. Я согласен(а) на проведение метода местной анестезии выбранного совместно с лечащим врачом

Мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов, и соблюдение методик, но гарантии на излечение данного зуба не даёт. В случае невозможности или неэффективности консервативного лечения зуб подлежит хирургическому лечению. Если зуб включается в ортопедическую конструкцию и в дальнейшем (после окончания всего лечения) требуется его удаление, фирма не возмещает стоимости лечения этого зуба и стоимости ортопедической конструкции. Пациент сам оплачивает удаление зуба и новую ортопедическую и терапевтическую работу.

Лист согласования мною прочитан. Полученная информация о характере оказываемой услуги, возможных нежелательных результатов, осложнениях и их причинах мне понятна и достаточна для принятия решения. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен(а) с ним.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Приложение № 8

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ**

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Мне, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р., врач \_\_\_\_\_  
сообщил, что мне показано ортопедическое лечение \_\_\_\_\_

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомилась(ся) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма.

Я понимаю, что протезирование - это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться, проведение, ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, пришлифовывание зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов (онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания; жевания и речи).

Врач доступно объяснил мне, что мне необходим (полный съемный, частично съемный, бюгельный) протез. Что этот вид протезирования может снизить качество моей жизни, возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость материалов, из которых изготовлен протез (онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания; жевания и речи).

Врач продемонстрировал как будет выглядеть мой протез (фотография, видеозапись, демонстрационная модель).

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки изготовления протезов.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезу, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Меня также предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза. **В случаях, когда работа была оплачена пациентом, но по техническим условиям необходимо изготовление нового протеза, новый протез изготавливается не за счет пациента.**

Я понимаю, что обязан(а) являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время.

Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.

Я согласен(а) на проведение метода, местной анестезии выбранного совместно с лечащим врачом.

Врач понятно объяснил мне о возможности возникновения неотложных состояний связанных с применением анестезии (обморок, аллергия, гематома, затрудненное открывание рта, парестезия, коллапс, шок).

**Мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов, и соблюдение методик.**

Врач информировал меня, что перед окончательной сдачей моих протезов будет проведена предварительная примерка, на которой я могу дать свое письменное согласие на окончательное изготовление или оговорить заранее все пожелания по поводу протеза, и пригласить на примерку третье лицо, которому я доверяю.

Я согласен(а) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

Лист согласования мною прочитан. Полученная информация о характере оказываемой услуги, возможных нежелательных результатов, осложнениях и их причинах мне понятна и достаточна для принятия решения. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним.

Особые условия \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Приложение 9  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата опроса: «\_\_» \_\_\_\_\_

### Имплантологическая карта

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

пол \_\_\_\_\_, возраст \_\_\_\_\_, рост \_\_\_\_\_ см, вес \_\_\_\_\_ кг.

Адрес \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Постарайтесь максимально достоверно ответить на следующие вопросы:

1. Имеется ли у Вас наследственная отягощенность? *да / нет*
2. Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_
3. Имеются ли заболевания опорно-двигательного аппарата, кроветворной системы или эндокринной системы? *да / нет* Что именно? \_\_\_\_\_
4. Болели ли Вы гепатитом? *да / нет* Когда? \_\_\_\_\_
5. Измеряли ли уровень сахара в крови? *да / нет* Почему? \_\_\_\_\_
6. Бывают ли у Вас боли в области сердца? *да / нет*
7. Бывают ли гнойные воспалительный процессы на лице? *да / нет*
8. Как заживают раны, порезы? \_\_\_\_\_
9. Кровоточат ли у Вас десна? *да / нет*
10. Замечали ли Вы подвижность Ваших зубов? *да / нет* Как давно Вы это заметили? \_\_\_\_\_
11. Отмечается ли сухость во рту? *да / нет*
12. Сколько времени назад Вам удаляли зуб последний раз? \_\_\_\_\_
13. Какова причина удаления? (подчеркнуть) *кариес, заболевание пародонта, травма, другое*
14. Как вы переносите удаление зубов? \_\_\_\_\_
15. Были ли у Вас длительные кровотечения при удалении зубов? *да / нет*
16. Бывают ли у Вас носовые кровотечения? *да / нет*
17. Часто ли появляются гематомы даже от незначительных ударов? *да / нет*
18. Имеется ли у Вас повышенная чувствительность к лекарствам? *да / нет*
19. Связана ли Ваша работа с действием профессиональных вредностей? *да / нет*
20. Есть ли у вас привычка скрежетать зубами, особенно ночью? *да / нет*
21. Пользовались ли Вы ранее зубными протезами? *да / нет, съёмными / несъёмными*
22. Часто ли Вы отмечаете головную боль (особенно по утрам)? *да / нет*
23. Бывают ли у Вас головокружения, тошнота, «мушки» перед глазами, шум в ушах? *да / нет*
24. Ваше рабочее артериальное давление: \_\_\_\_\_ мм рт. ст.
25. Бывают ли у Вас приступы одышки или удушья? *да / нет*
26. Какие лекарственные препараты Вы принимаете? \_\_\_\_\_
27. Случаются ли у Вас отеки конечностей, лица? *да / нет*
28. Бывают ли у Вас боли в суставах или их припухлость? *да / нет*
29. Страдаете ли Вы какими-либо заболеваниями дыхательных путей? *да / нет*
30. Вы курите? *да / нет*
31. Вы употребляете алкоголь? *да / нет*

32. Вы употребляете наркотики? *да / нет*
33. Были ли у Вас травмы головы? *да / нет*
34. Есть ли у Вас нарушения сна? *да / нет*
35. Вы регулярно придерживаетесь здорового сбалансированного питания? *да / нет*
36. Не страдаете ли Вы эпилепсией? *да / нет*
37. Есть ли у Вас нарушения зрения? *да / нет*
38. Болели/ете ли Вы гайморитом, отитом ? *да / нет*
39. Как часто Вы болеете простудными заболеваниями, герпесом в год? \_\_\_\_\_
40. Были ли у Вас операции на щитовидной железе? *да / нет*
41. Отмечаются ли у Вас изжога или боли в животе после еды? *да / нет*
42. Страдали ли Вы когда-нибудь приступами панкреатита? *да / нет*
43. Бывают ли у Вас аллергические реакции? *да / нет* На что? \_\_\_\_\_
44. Есть ли непереносимость металла? *да / нет*
45. Подчеркните имеющиеся у Вас симптомы: *легкая раздражительность, быстрая утомляемость, непереносимость холода или жары, реакции на смену погоды, сухость кожи, осиплость голоса, дрожание рук или всего тела, повышенная температура тела, жжение в полости рта, снижение вкусовой чувствительности*
46. Были ли у Вас когда-либо опухолевые заболевания? *да / нет*
47. Испытывали ли Вы когда-либо воздействие ионизирующего излучения? *да / нет*
48. Есть ли какая-либо дополнительная информация о Вашем здоровье, которую Вы считаете необходимым сообщить врачу? *да / нет* Какая? \_\_\_\_\_
49. Почему Вы обращаетесь за лечением методом имплантации?
- \_\_\_\_\_
50. Какого результата Вы ожидаете? \_\_\_\_\_
51. Какое лечение (протезирование) Вам проводилось ранее? \_\_\_\_\_
52. Осознаете ли Вы, что ни один метод лечения, даже самый современный не гарантирует 100% положительного результата? *да / нет*
53. Осознаете ли Вы полную ответственность за выполнение всех рекомендаций врача, а следовательно и собственную ответственность за положительный результат лечения? *да / нет*
54. Если до непосредственного момента операции какая-либо информация о Вашем здоровье изменится, обязуетесь ли Вы сообщить об этом врачу? *да / нет*
55. Для мужчин: есть ли у Вас воспалительные заболевания мочевыводящих путей? *да / нет*
56. Для женщин:
- как протекает менструальный цикл? \_\_\_\_\_
  - есть ли у Вас воспалительные гинекологические заболевания? *да / нет*
  - Вы беременны? *да / нет*
  - Вы кормите грудью? *да / нет*

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата операции : « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я осведомлен(а) о том, что предлагаемое мне лечебное мероприятие проводится под местной анестезией. Я информирован(а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках, осложнениях и риске зубной имплантации. При этом мне известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов. Мне известно, что по обстоятельствам только во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия. Все мои вопросы были удовлетворены. Мне известно, что до операции я могу отменить данное мною согласие на проведение зубной имплантации.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /