

Warszawa, dnia

Umowa na leczenie ortodontyczne nr/.....

Zawarta w:

Smile Team Jacek Wojciechowski, ul. Orłowicza 12/U1, 00-414 Warszawa. pomiędzy:
Aleksandrą Kaczor-Bućko, lekarzem stomatologiem, M.Sc. Specialized Orthodontics,
prowadzącą prywatną praktykę stomatologiczną w miejscu wezwania, zwanym dalej "Lekarzem" a:

.....
imię i nazwisko data urodzenia zwaną / zwanym dalej "Pacjentem" reprezentowaną /
reprezentowanym przez:

..... imię
i nazwisko opiekuna / osoby prawnie odpowiedzialnej za pacjenta data urodzenia

zwaną / zwanym dalej "Płatnikiem" .

§1.

Lekarz oświadcza, iż od roku 2014 prowadzi prywatną specjalistyczną praktykę ortodontyczną w miejscu wezwania, w ramach której wykonuje kompleksowe usługi ortodontyczne oraz, że posiada wszelkie niezbędne kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia tych usług.

§2

1. W ramach przedmiotowej umowy Pacjent zleca, a Lekarz zobowiązuje się, do świadczenia na jego rzecz kompleksowych usług w zakresie leczenia ortodontycznego, w tym:

- a) ustalenie rodzaju wady, stopnia jej zaawansowania, koniecznych do zastosowania metod i szczegółowego planu leczenia we współpracy z Pacjentem,
- b) leczenie aktywne obejmujące wykonanie i założenie aparatów ortodontycznych, wizyty kontrolne połączone z oceną postępu leczenia,
- c) leczenie retencyjne obejmujące wykonanie i założenie aparatów retencyjnych oraz wizyty kontrolne połączone z oceną uzyskanych efektów leczenia,
- d) zdjęcie aparatów ortodontycznych i retencyjnych, oczyszczenie powierzchni zębów, polerowanie i zabezpieczenie zębów preparatem z fluorem,
- e) 3-krotne usunięcie ewentualnych uszkodzeń powstałych w założonych aparatach.

2. Szczegółowy zakres wizyt oraz zastosowanych metod leczenia określa załącznik nr 1 "Plan leczenia" .

3. Zakres usług świadczonych w ramach przedmiotowej umowy nie obejmuje:

- a) wykonania zdjęć rentgenowskich,
- b) kontrolnych przeglądów stomatologicznych i leczenia stomatologicznego,
- c) wszelkich innych zabiegów § nie ortodontycznych przewidzianych w załączniku nr 1 "Planie leczenia" lub ustalonych z Lekarzem.

§3

1. Czas trwania leczenia w zakresie opisanym w §2 ust. 1 obejmuje:

- a) okres leczenia aktywnego,
- b) okres leczenia retencyjnego 5 lat po zakończeniu leczenia aktywnego.

2. Okres leczenia opisany w ust. 1 może ulec przedłużeniu w następujących przypadkach:

- a) stwierdzenia małej podatności kośćca na leczenie ortodontyczne,
- b) braku współpracy ze strony Pacjenta, w tym nieprzestrzegania przez niego ustalonego planu wizyt lub powtarzających się, uszkodzeń aparatów.

§4

1. Koszt leczenia w zakresie objętym umową określony jest załącznikiem nr 2 zwanym kosztorysem.

- a) Koszt leczenia ustalony w ust. 1 obejmuje wartość całości materiałów użytych w procesie leczenia i wykonanej usługi, w tym wizyt kontrolnych zarówno w fazie leczenia aktywnego, jak i leczenia retencyjnego, z zastrzeżeniem przypadków opisanych w §3 ust. 2 i 3 umowy.

b) Terminy i sposób płatności określają załącznik nr 3 pod nazwą "Harmonogram płatności", stanowiący integralną część niniejszej umowy.

2. W przypadku nieprzestrzegania przez Płatnika warunków i terminów płatności określonych w "Harmonogramie płatności" Lekarz ma prawo do powstrzymania się ze świadczeniem usług objętych niniejszą umową do czasu uregulowania powstałych w tym zakresie zaległości wraz z ustawowymi odsetkami za czas opóźnienia.

§5

1. W czasie trwania umowy (okresie leczenia) Lekarz zobowiązany jest do informowania Pacjenta o przebiegu leczenia i konieczności wykonania dodatkowych zabiegów nie ortodontycznych, o ile ich wykonanie będzie miało wpływ na ostateczny wynik leczenia.

2. W przypadku niezastosowania się Pacjenta do wskazań i zaleceń Lekarza związanych z leczeniem, Lekarz nie będzie ponosił odpowiedzialności za jego końcowy efekt. Lekarz nie będzie ponosił odpowiedzialności za końcowy efekt leczenia również w przypadku nienależytej dbałości przez Pacjenta o stan higieny jamy ustnej w okresie trwania leczenia.

3. Wszystkie zastosowane do realizacji przedmiotu umowy materiały muszą posiadać niezbędne i wymagane przez prawo certyfikaty i atesty.

§6

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności. §7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

2. Ewentualne spory mogące wyniknąć z niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie właściwego rzeczowo Sadu Rejonowego.

3. Pacjent bądź rodzic lub opiekun prawny oświadcza, iż zapoznał się z treścią niniejszej umowy, rozumie zawarte w

niej ustalenia, zgadza się na leczenie oraz że w całości akceptuje jej treść.

4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

5. Umowa zawiera 2 załączniki.

smile team
DENTAL CLINIC

.....
podpis czytelny pacjenta / opiekuna prawnego

.....
podpis czytelny lekarza

Załącznik nr 1

KOSZTORYS LECZENIA ORTODONTYCZNEGO

do umowy numer:/.....

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Koszt i czas leczenia ortodontycznego zależy od rodzaju, stopnia zaawansowania wady, wieku, zastosowanych metod oraz planu leczenia.

- Założenie aparatu stałego górnego i dolnego:
- Wizyty kontrolne – w okresie aktywnego leczenia w odstępach co 4 – 8 tygodni, ocena zgryzu i postępu leczenia, wymiana łuków i innych elementów w trakcie leczenia:

.....

- Awarie do 3 zdarzeń bez opłaty.

Powyżej 3 zdarzeń – dodatkowo płatne. Koszt naprawy w zależności od rodzaju uszkodzenia, zgodnie z aktualnym cennikiem:

a) ponowne doklejenie zamka

b) naklejenie nowego zamka /utrata poprzedniego

- Zdjęcie aparatów – zdjęcie zamków ortodontycznych, oczyszczenie zębów, polerowanie z kleju oraz wykonanie retencji stałej i zdejmowanej

- Faza retencyjna – kontrola stabilności leczenia- wizyty z aparatami retencyjnymi: po 3 miesiącach następnie po pół roku i co rok przez 5 lat:

- Aparaty i procedury dodatkowe, ustalone indywidualnie

Opłaty obejmują usługi wykonywane tylko w naszej praktyce ortodontycznej.

Opłaty nie obejmują usług stomatologii ogólnej takich jak – przeglądy i leczenie stomatologiczne, ewentualne ubytki próchnicowe, usunięcia zębów, stomatologii kosmetycznej, oczyszczania zębów i usuwania kamienia nazębnego oraz protetyki stomatologicznej.

Dodatkowe opłaty mogą być pobierane za zgubione lub zniszczone elementy, aparaty stałe oraz retencyjne.

..... podpis

czytelny lekarza podpis czytelny pacjenta / opiekuna prawnego

Załącznik nr 2

Harmonogram płatności

- W dniu instalacji aparatu stałego należy opłacić kwotę ustaloną wcześniej w zależności od wybranego rodzaju zamków ortodontycznych.
 - Wizyty kontrolne są płatne po każdej zrealizowanej wizycie ortodontycznej zgodnie z kosztorysem.
 - Aparaty i elementy ortodontyczne opłacane zgodnie z kosztorysem podczas ich instalacji.
 - Aparaty zindywidualizowane opłacane w postaci 50% zadatku*, druga połowa w czasie wizyty instalacyjnej.
 - Podczas leczenia aparatem stałym 3 zdarzenia awaryjne bezpłatne.
 - Kolejne awarie płatne w zależności od wielkości uszkodzeń w momencie wykonania usługi.
- a) przyklejenie ponowne tego samego zamka ;
b) utrata zamka i konieczność przyklejenia nowego zamka.

Podczas leczenia aparatem zdejmowanym w momencie rozregulowania aparatu lub pęknięcia klamry, pobierane są wyciski do naprawy u technika- opłata wynosi minimum 150zł.

..... podpis
czytelny lekarza podpis czytelny pacjenta / opiekuna prawnego

*Def. w art. 394 [Kodeksu cywilnego](#).



smile team
DENTAL CLINIC