

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Екатеринбург

« ____ » _____ 202__ г.

Мы, супруги, состоящие в браке / состоящие в гражданском браке (ненужное зачеркнуть):

Женщина _____,

_____ года рождения, паспорт _____, выдан _____,

зарегистрирована по адресу: _____

Мужчина _____,

_____ года рождения, паспорт _____, выдан _____,

зарегистрирован по адресу: _____

именуемые в дальнейшем **«Потребители»** (Пациенты), с одной стороны, и

АО ЦНРФ «Партус» (лицензия Л041-01021-66/00357408 от 27.10.2020 г., выдана Министерством здравоохранения Свердловской области; адрес: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б; тел.: +7 (343) 312-00-03.) именуемое в дальнейшем **«Центр»**, в лице _____, действующего (ей) на основании Доверенности, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Центр обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению № 1, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Центром в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Потребителя, организационно - техническими возможностями Центра, лицензией на осуществление медицинской деятельности.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство.

1.3. Перечень предоставляемых работ (услуг) и стоимость медицинских услуг, оказываемых Центром, содержатся лицензии на осуществление медицинской деятельности, Прейскуранте цен, действующем на момент заключения настоящего Договора.

В момент подписания настоящего Договора Потребитель ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом цен Центра, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.4. В момент заключения настоящего Договора Потребитель информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.5. Подписывая настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что медицинским работником Центра в доступной форме представлена информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.6. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с (а) положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; (б) порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации; (в) на основе клинических рекомендаций; (г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.7. До заключения настоящего Договора Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.8. Подписывая настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что получил в доступной форме информацию о платных медицинских услугах: (а) порядках оказания медицинской помощи, стандартах оказания медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; (б) информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе

в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; (в) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

1.9. Потребитель, находящийся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, правила поведения в Центре.

1.10. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, режим работы Центра, перечень и виды платной медицинской помощи, правила поведения Потребителя (пациента) в Центре определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.

1.11. Место оказания услуг: 620026, Свердловская обл, Екатеринбург г, Белинского ул, дом 61

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Центр обязуется:

2.1.1. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.2. Предупредить Потребителя в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

Дополнительные медицинские услуги оказываются Потребителю (пациенту) на основе Перечня платных медицинских услуг. Дополнительные медицинские услуги согласовываются с Потребителем (пациентом) и оформляются отдельным приложением, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.3. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

2.1.4. Своевременно и качественно оказывать Потребителю медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Потребителю достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Потребителю возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, выдать копии медицинских документов.

2.2. Центр имеет право:

2.2.1. В случае необходимости (отпуск, командировка, болезнь, т.п.) произвести временную или постоянную замену специалистов Центра, оказывающих медицинские услуги. Уведомления или согласия Потребителя на смену специалистов Центра не требуется.

2.2.2. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.3. Без какого-либо согласования с Потребителем привлекать третьих лиц к выполнению обязательств по настоящему Договору.

2.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

На основании полученных от Потребителя (пациента) данных/сведений, а так же при проведении дополнительных исследований и консультации, выбрать наиболее эффективный метод лечения.

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг:

- при обнаружении противопоказаний, выявленных в ходе обследования и лечения, либо при заведомо известной невозможности достичь желаемого результата лечения;

- при отсутствии медицинских показаний к применению методов вспомогательных репродуктивных технологий;

- при предоставлении неполных или недостоверных данных о состоянии здоровья и личности, семейном положении, наследственности;

- при неоплате лечения или дополнительных исследований.

2.2.6. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.

2.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг Потребителю, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. До начала оказания медицинской помощи сообщить врачу все известные данные о состоянии своего здоровья; проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; о перенесенных заболеваниях и операциях; принимаемых лекарственных препаратах; наследственных, венерических, психических и других заболеваниях; об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

2.3.2. Выполнять назначения врача по лечению и предусмотренные информированным согласием, а также рекомендации, выданные на период после оказания услуг.

2.3.3. Согласовать с лечащим врачом Центра все назначения и рекомендации, полученные при обращении в процессе обследования и лечения в других медицинских учреждениях.

2.3.4. При возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг Центром, предоставить Центру информацию об этом, в том числе, в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение.

2.3.5. Своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.6. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим работы Центра, требования и предписания медицинского персонала Центра как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

2.3.7. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Центра.

2.3.8. Бережно относиться к имуществу Центра. В случае причинения ущерба Центру вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц, его сопровождающих, Потребитель обязуется в течение трех календарных дней возместить Центру действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.4. Потребитель имеет право на:

2.4.1. выбор врача-специалиста;

2.4.2. профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

2.4.3. получение консультаций врачей-специалистов;

2.4.4. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья;

2.4.5. защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

2.4.6. отказ от медицинского вмешательства;

2.4.7. возмещение вреда, причиненного здоровью Потребителю при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Порядок и условия предоставления медицинских услуг по проведению лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции установлены Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», Приказом Минздрава России от 30.10.2012 г. №556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий», Приказом Минздрава России от 08.02.2022 № 62н «Об утверждении стандарта медицинской помощи мужчинам при бесплодии (диагностика и лечение)», клиническими рекомендациями.

3.2. Неиспользованные половые клетки (сперма, ооциты), а также эмбрионы, прошедшие криоконсервацию, хранятся в клинике в течение срока, оплаченного Потребителем. По истечении оплаченного срока хранения половые клетки, эмбрионы подлежат уничтожению без дополнительного уведомления Потребителя.

3.3. На основании письменного заявления Потребителя Центр выдает полученные половые клетки / эмбрионы, подвергшиеся криоконсервации. С момента выдачи криоконсервированных половых клеток / эмбрионов Центр не несет ответственности за их сохранность и качество, в связи с этим Потребитель не имеет право предъявлять к Центру претензий.

3.4. Потребитель при лечении бесплодия вправе использовать половые клетки / эмбрионы подвергшиеся криоконсервации в другом медицинском учреждении. Получение и транспортировка половых клеток / эмбрионов из других медицинских учреждений производится Потребителем или организацией, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по транспортировке половых клеток и (или) эмбрионов, и (или) тканей репродуктивных органов.

Центр не несет ответственности за сохранность и качество половых клеток / эмбриона в процессе их транспортировки, в связи с этим Потребитель не имеет право предъявлять к Центру претензий.

4. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость и порядок расчетов предоставляемых медицинских услуг определяются в соответствии с Прейскурантом, утвержденным Центром, и указываются в Приложении № 1 к настоящему Договору.

4.2. Оплата медицинских услуг производится до момента начала оказания соответствующих медицинских услуг на условиях предоплаты посредством перечисления безналичных денежных средств на расчетный счет Центра или внесения наличных денежных средств в кассу Центра.

4.3. В случае возникновения необходимости в оказании дополнительных медицинских услуг и по этой причине превышении стоимости услуг, Центр обязан предупредить об этом Потребителя. Потребитель, не согласившийся на увеличение

стоимости услуг, вправе отказаться от договора. В этом случае Центр вправе требовать от Потребителя оплаты стоимости оказанных услуг (фактически понесенных расходов).

4.4. Дополнительные медицинские процедуры проводятся также после их оплаты. В случае экстренной необходимости проведения дополнительных эмбриологических манипуляций, указанных в информированном согласии, такие услуги будут оказаны Центром. Однако перенос полученных в результате этих манипуляций эмбрионов в полость матки женщины (пациентки) будет произведен только после оплаты дополнительных услуг. При непоступлении денежных средств в счет оплаты, полученные эмбрионы будут подвергнуты криоконсервации и сохраняться в течение 30 дней, а по истечении этого срока будут уничтожены, независимо от причин, помешавших оплатить услуги.

4.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя 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».

4.6. В случае невозможности оказания услуг, возникшей по вине Потребителя, Потребитель возмещает Центру фактически понесенные им расходы.

4.7. В случае, когда невозможность оказания услуг возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственности, Потребитель возмещает Центру фактически понесенные им расходы.

4.8. В случаях, предусмотренных п.п. 7.3. и 7.4. настоящего договора, п. 3 ст. 781, п. 1 ст. 782 Гражданского Кодекса Российской Федерации Потребитель возмещает Центру фактически понесенные им расходы, то есть Потребитель оплачивают только стоимость оказанных услуг. Оставшаяся сумма из авансированных средств возвращается Потребителю, либо переносится в счет следующих медицинских услуг.

4.9. Отказ Потребителя от исполнения обязательств, предусмотренных Договором на любом этапе Программы, является нарушением Потребителем условий Договора и признается расторжением Договора в одностороннем порядке. В случае расторжения Потребителем Договора в одностороннем порядке Центр удерживает стоимость фактически понесенных расходов.

4.10. Фактически понесенными расходами Центра Стороны признают стоимость каждой услуги Центра, оказанной Потребителю в рамках Программы (согласно амбулаторной карте Потребителя и/или актам оказанных услуг) в отдельности, утвержденной в прейскуранте цен, действовавшем на каждом этапе участия Потребителя в Программе.

5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ КОПИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

5.1. Копии медицинских документов или выписок из них предоставляются Центром по запросу Потребителя (пациента) в одном экземпляре на бесплатной основе в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса.

5.2. Обращение Потребителя (пациента) на выдачу копий медицинских документов или выписок из них оформляется на бумажном носителе в свободной форме и должно содержать информацию, предусмотренную пунктом 2 Приказа Минздрава России № 789н от 31.07.2020 г.

5.3. Обращение предоставляется в Центр лично или почтовым отправлением. При подаче обращения лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель (пациент), либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

5.4. При отсутствии в запросе информации, предусмотренной п. 4.2. Договора или при отсутствии документа, подтверждающего статус законного представителя, Центр в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя (пациента) в срок, не превышающий 14 (четырнадцать) календарных дней с момента получения такого обращения.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Центр несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителю (пациенту).

6.2. Центр освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель не проинформировал Центр о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Центр освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью Потребителю (пациенту) в случаях:

- если проявились осложнения, связанные с тем, что Потребитель (пациент) не предоставили Центру полную и достоверную информацию о себе, или предоставили результаты анализов или исследований, выполненных сторонними медицинскими учреждениями и не соответствующих реальной картине (истории) болезни;
- если в интересах лечебно-диагностического процесса или для предотвращения возможных осложнений Потребителю (пациенту) были назначены

дополнительные методы диагностики или лечения, но Потребитель (пациент) не выполнил эти назначения;

- осложнения наступили вследствие несоблюдения Потребителем (пациентом) врачебных рекомендаций.

6.4. Центр не несет ответственности в случаях:

- если беременность не наступила в результате проведения лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий;
- возникновения осложнений, связанных с оперативным вмешательством;
- возникновения аллергических реакций, связанных с введением препаратов, используемых в программах вспомогательных репродуктивных технологий;
- возникновения наружного и внутреннего кровотечения;
- возникновения синдрома гиперстимуляции яичников;
- внематочной беременности, многоплодной беременности;
- возникновения врожденных патологий у плода, которые не могут быть прогнозированы;
- прерывания беременности после ВРТ в любые сроки беременности;
- возникновения острого воспаления или обострения хронического воспаления органов женской половой сферы;
- других случаях, которые не могут быть предотвращены в условиях современной медицины.

6.5. При предоставлении Потребителем результатов лабораторных исследований, выполненных сторонними медицинскими учреждениями (третьими лицами), Центр исходит из добросовестности Потребителя и не несет ответственности в случае предоставления результатов анализов, не соответствующих действительности.

При обращении в процессе обследования и лечения в другие медицинские учреждения Центр не несет ответственности за действия врачей других медицинских учреждений.

6.6. Центр не несет какой-либо ответственности по договору при неисполнении Потребителем принятых по настоящему договору обязательств, в частности, невыполнении либо нарушении рекомендаций, предписаний и назначений врача, пропуске назначенных врачом приемов, медицинских осмотров, консультаций специалистов, бесконтрольном самолечении, нарушении предписанного врачом режима, несообщении сведений либо предоставлении недостоверной информации.

7. ФОРС-МАЖОР

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по данному договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения договора в результате событий чрезвычайного характера, наступление которых сторона, не исполнившая обязательство полностью или частично, не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными методами.

7.2. При наступлении указанных в п.6.1 обстоятельств сторона по настоящему Договору, для которой создалась невозможность исполнения ее обязательств по Договору, должна в кратчайший срок известить о них в письменном виде другую сторону с приложением соответствующих доказательств.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и поступления предоплаты на расчетный счет и/или в кассу Центра и действует до полного его исполнения сторонами.

8.2. Стороны могут расторгнуть данный договор в любое время как в одностороннем порядке, в случаях предусмотренных настоящим договором и/или действующим законодательством, так и по обоюдному желанию сторон.

8.3. Настоящий договор может быть расторгнут Центром в одностороннем внесудебном порядке, а лечение методом ВРТ может быть прекращено на одном из этапов по следующим причинам:

- при возникновении медицинских противопоказаний;
- отсутствие ответа яичников на этапе гормональной стимуляции;
- при пункции в фолликулярной жидкости яйцеклетки могут отсутствовать;
- полученные яйцеклетки могут быть неполноценными или нежизнеспособными;
- при невозможности получения сперматозоидов и при отказе от использования донорской спермы;
- оплодотворение in vitro может не произойти;
- может не начаться дробление уже оплодотворенной яйцеклетки,
- полученные эмбрионы могут отставать в развитии, либо быть низкого качества.

8.4. Центр немедленно прекращает проведение лечения по программе ВРТ, в случае невозможности исполнения своих обязательств, если она вызвана обстоятельствами, за которые ни одна из сторон не отвечает, в частности выявление в период до переноса эмбриона в полость матки острых или обострения хронических инфекционно-вирусных заболеваний (включая вирусные гепатиты), острых или обострение хронических урогенитальных инфекций (микоплазмоз, уреоплазмоз, хламидиозы др.), венерических инфекций (сифилис, гонорея) или ВИЧ-инфекции.

9. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

9.1. Центр обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

9.2. С письменного согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

9.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Настоящий договор заключен в двух экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу - по одному для каждой из сторон. Стороны согласны с возможностью использования Центром факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования (п.2 ст.160 ГК РФ) как при подписании данного договора, так и других документов, связанных с исполнением данного договора.

10.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора.

РЕКВИЗИТЫ, ПОДПИСИ СТОРОН

11.1. АО ЦНРФ «Партус»

Адрес (место нахождения): 620026, Свердловская обл, Екатеринбург г, Белинского ул, дом 61

ИНН 6658028038 КПП 667201001

р/с 40702810701100008594 в АО "АЛЬФА-БАНК", к/с 30101810200000000593, БИК 044525593

сайт: www.ivf-partus.ru, электронная почта: centreko@ivf-partus.ru

_____ (_____)

11.2. Потребитель _____

ФИО, паспортные данные (серия, №, кем и когда выдан)

место жительства, телефон

_____ / _____ /

С прейскурантом цен ОЗНАКОМЛЕН (а)

Потребитель _____

ФИО, паспортные данные (серия, №, кем и когда выдан)

место жительства, телефон

С прейскурантом цен ОЗНАКОМЛЕН (а)

**Приложение №1
к Договору № _____
на оказание медицинских услуг
от _____.____.20__ г.**

**Приложение №1
к Договору № _____
на оказание медицинских услуг
от _____.____.20__ г.**

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ**

г. Екатеринбург

«_____» _____ 202__ г.

Код услуги	Наименование услуги	Цена, руб.
ИТОГО:		

Стоимость медицинских услуг составляет _____ (_____) руб. 00 коп., определяется на основании действующего Прейскуранта цен, утвержденного Центром.

Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем до начала оказания медицинских услуг. Расчеты между Сторонами осуществляются в российских рублях.

ЦЕНТР

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(_____)

(_____)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(_____)

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ**

г. Екатеринбург

«_____» _____ 202__ г.

Код услуги	Наименование услуги	Цена, руб.
	Наименование программы	
		Стоимость программы (общая)

Стоимость медицинских услуг составляет _____ (_____) руб. 00 коп., определяется на основании действующего Прейскуранта цен, утвержденного Центром.

Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем до начала оказания медицинских услуг. Расчеты между Сторонами осуществляются в российских рублях.

ЦЕНТР

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(_____)

(_____)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(_____)

**АКТ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ПО ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**
№ _____ от _____.20__ г.

г. Екатеринбург

«____» _____ 202__ г.

В период с _____.202__ г. по _____.202__ г. АО ЦРНРФ «Партус» оказаны медицинские услуги в составе:

Код услуги	Наименование услуги	Цена*, руб.
ИТОГО:		

* согласно Прейскуранту цен

Всего оказано услуг на сумму _____ (_____) руб. 00 коп.

Вышеперечисленные услуги оказаны полностью и в срок. Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

ЦЕНТР

(_____)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(_____)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(_____)

ПО ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
№ _____ от _____.20__ г.

г. Екатеринбург

«____» _____ 202__ г.

В период с _____.202__ г. по _____.202__ г. АО ЦРНРФ «Партус» оказаны медицинские услуги в составе:

Код услуги	Наименование услуги	Цена*, руб.
	Наименование программы	Стоимость программы (общая)

* согласно Прейскуранту цен

Всего оказано услуг на сумму _____ (_____) руб. 00 коп.

Вышеперечисленные услуги оказаны полностью и в срок. Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

ЦЕНТР

(_____)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(_____)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(_____)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство с применением вспомогательных
репродуктивных технологий и искусственной инсеминации**

Я (Мы),

(Ф.И.О., год рождения)

Прошу (просим) провести мне (нам) лечение бесплодия с применением программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ):

- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);
- экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в нее (ИКСИ);
- искусственной инсеминации (ИИ) с использованием:

криоконсервированной/не подвергнутой криоконсервации спермы;

криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации ооцитов;

криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации эмбрионов.

Прошу (просим) провести преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов/ооцитов.

Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения программой ЭКО/ИКСИ/ИИ и известно, что:

для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность; в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых, возможно, потребуется изменить план или способ лечения; лечение может оказаться безрезультатным;

преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;

сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;

до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мне (нам) объяснено врачом, что для достижения наилучших результатов лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие как показание к применению или указывает беременность как противопоказание к применению.

Мне (нам) понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов я (мы)

даю(ем) согласие

не даю(ем) согласие.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ИКСИ/ИИ, прошу (просим):

- криоконсервировать
- утилизировать
- донировать

Заявляю(ем), что изложила(и) врачу все известные мне (нам) данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье(ях).

Я (Мы) предупреждена(ы) о том, что лечение программой ЭКО/ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение соседних органов) и применением лекарственных препаратов, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции и другие побочные эффекты лекарственных препаратов, предусмотренные их производителем).

Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

Я (Мы) подтверждаю(ем), что внимательно прочла(и) и поняла(и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила(и) удовлетворившие меня (нас) ответы.

Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписи

_____ подпись, ФИО

_____ подпись, ФИО

Дата _____

Дата _____

Врач _____ (подпись, ФИО)

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕНОС ЭМБРИОНОВ

Я (Мы),

(Ф.И.О., год рождения)

настоящим заявлением выражаю добровольное информированное согласие на проведение в ходе лечения бесплодия в АО ЦРНРФ «Партус» (лицензия Л041-01021-66/00357408 от 27.10.2020 г., выдана Министерством здравоохранения Свердловской области; адрес: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б; тел.: +7 (343) 312-00-03.) переноса эмбрионов в полость матки.

Я проинформирован (а) врачом о том, что:

- данная процедура представляет собой помещение эмбриона в полость матки с помощью специального стерильного катетера, который вводится в полость матки через цервикальный канал;
- перенос эмбрионов в полость матки может быть осуществлен по усмотрению специалистов на разных стадиях развития эмбрионов – в течение 2 – 6 суток после получения эмбрионов;
- в случаях выявленного в ходе проведения переноса эмбрионов нарушения проходимости цервикального канала перенос эмбрионов не будет произведен, пригодные эмбрионы будут криоконсервированы (заморожены) до преодоления (если это возможно) нарушений прохождения цервикального канала;
- в полость матки рекомендуется переносить не более 2 (двух) эмбрионов, но при предполагаемой сниженной вероятности имплантации (приживания) эмбрионов в полости матки возможен перенос большего количества эмбрионов;
- при переносе эмбриона (ов) не исключается развитие многоплодной беременности;
- с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений, связанных с многоплодной беременностью, возможно проведение операции по уменьшению числа развивающихся эмбрионов (редукция эмбрионов);
- проведение процедуры переноса эмбрионов в полость матки может вызвать следующие осложнения и состояния: беременность может не наступить; развитие внематочной беременности (эмбрионы внедряются и развиваются в маточной трубе), требующее хирургического вмешательства; сочетание маточной и внематочной беременности; развитие воспалительного процесса в полости матки или кровотечения (наблюдается крайне редко); развитие многоплодной беременности.

Я подтверждаю, что

- внимательно прочла текст настоящего информированного согласия и поняла всю информацию, представленную мне сотрудниками АО ЦРНРФ «Партус»,
- имела возможность обсудить с врачом интересующие или непонятные вопросы,

- на все заданные вопросы получила удовлетворившие меня ответы,
- мне понятен смысл всех терминов, употребляемых в настоящем информированном согласии.

На основании вышеизложенного и согласно рекомендациям врачей АО ЦРНРФ «Партус» я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство – процедуру переноса в полость матки эмбрионов в количестве **2 (двух) штук**, а также в случае развития осложнений, связанных с указанным медицинским вмешательством, на проведение мне по показаниям инфузионной, гемотрансфузионной терапии или оперативного вмешательства.

Адрес и/или телефон, по которым АО ЦРНРФ «Партус», может сообщить важную для меня информацию: _____

Подписи

подпись, ФИО

подпись, ФИО

Дата _____

Дата _____

Врач _____

(подпись, ФИО)

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение стимуляции суперовуляции и пункции фолликулов
с целью получения ооцитов

Я, _____
(Ф.И.О., год рождения)

именуемая в дальнейшем «Потребитель», даю АО ЦРНРФ «Партус» (далее – Центр репродукции), которое оказывает мне платные медицинские услуги, добровольное информированное согласие на проведение:

а) стимуляции суперовуляции с применением лекарственных препаратов фармакотерапевтических групп гонадотропин-рилизинг гормонов, гонадотропинов, менотропинов, аналогов и антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона, при этом коррекция доз и внесение изменений в протокол стимуляции суперовуляции осуществляются с учетом результатов мониторинга ответа яичников и состояния эндометрия на стимуляцию суперовуляции;

б) пункции фолликулов яичника с целью получения ооцитов для использования их в программах вспомогательных репродуктивных технологий трансвагинальным доступом под контролем ультразвукового исследования для получения яйцеклеток с обезболиванием (при невозможности выполнения трансвагинального доступа ооциты могут быть получены лапароскопическим доступом), метод обезболивания определяется врачом анестезиологом-реаниматологом при условии получения информированного добровольного согласия.

Я проинформирована лечащим врачом, данные которого указаны ниже, что проведение лечения, указанного выше, будет включать в себя следующие процедуры:

- предварительное медицинское обследование;
- индукция овуляции путем назначений гормональных препаратов и других лекарственных веществ;
- получение ооцитов путём пункции фолликулов яичника под контролем ультразвукового аппарата с использованием внутривенного наркоза,

и даю добровольное согласие на проведение вышеназванных процедур. Во время проведения этого вмешательства я обязуюсь выполнять все назначения врача и строго следовать его рекомендациям.

Я предупреждена о том, что в ряде случаев стимуляция овуляции и пункция фолликулов могут быть прекращены на одном из этапов по следующим причинам:

- отсутствие ответа яичников на этапе гормональной стимуляции;
- возникновение медицинских противопоказаний для проведения процедуры;
- при пункции в фолликулярной жидкости яйцеклетки могут отсутствовать;
- полученные яйцеклетки могут быть неполноценными или нежизнеспособными.

Я предупреждена, что в результате проведения данной процедуры ооциты могут быть не получены.

Я предупреждена о том, что стимуляция овуляции и пункция фолликулов могут иметь следующие осложнения:

- синдром гиперстимуляции яичников с резким увеличением их размеров, скоплением жидкости в полости живота и болями внизу живота; синдром гиперстимуляции яичников в ряде случаев может проявляться полиорганной недостаточностью, синдромом общего воспалительного ответа, сепсисом и летальным исходом;
- после забора фолликулярной жидкости - развитие апоплексии яичника, перекрут яичника, воспалительные процессы органов малого таза;
- внутреннее кровотечение, связанное с разрывом яичника на фоне синдрома гиперстимуляции. Внутреннее кровотечение проявляется головокружением, слабостью, сердцебиением, при массивных кровотечениях - геморрагическим шоком;
- аллергические реакции, связанные с введением препаратов, используемых в программах вспомогательной репродукции;
- в редких случаях, несмотря на тщательное соблюдение технологии проведения процедуры, - повреждения во время пункции соседних органов (петель кишечника, сосудов, мочевого пузыря, мочеточника);
- после выполнения пункции яичников возможно развитие кровотечений и осложнений воспалительного характера;
- острое воспаление или обострение хронического воспаления органов женской половой сферы.

Я предупреждена, что для ликвидации осложнений, в том числе от процедуры индукции овуляции, может потребоваться проведение интенсивной терапии или оперативное вмешательство.

Я подтверждаю тот факт, что при сокрытии информации о состоянии моего здоровья (наличие соматических, психических, наследственных заболеваний, наличие неблагоприятного онкологического анамнеза, либо других состояний), которая может явиться противопоказанием для процедуры стимуляции суперовуляции и пункции фолликулов – я беру на себя полную ответственность за возможные последствия и осложнения.

Я предупреждена, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и использовать другие методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, неназначенных им лекарств.

Я предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию о процедуре, предоставленную мне специалистами АО ЦРНРФ «Партус» о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я имела возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Я даю свое согласие, в случае необходимости, предоставить информацию о моем (нашем) диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, гражданам, а именно:

Я согласна с тем, что отношения между мной и Центром репродукции, возникающие из этого документа, будут регулироваться законодательством Российской Федерации.

Подписи

подпись, ФИО

подпись, ФИО

Дата _____

Дата _____

Врач _____ (подпись, ФИО)

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на анестезиологическое обеспечение

Я, _____
(Ф.И.О., год рождения)

именуемая в дальнейшем «Потребитель», **понимаю**, что на основании п. 5 ст. 19 Федерального закона Российской Федерации № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», имею право на облегчение боли, связанной с медицинским вмешательством.

Я, даю **добровольное информированное согласие** АО ЦРНРФ «Партус» на проведение мне оперативного вмешательства (манипуляции) с использованием следующего анестезиологического пособия: _____

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

Врач-анестезиолог, данные которого указаны ниже, объяснил мне основания выбора метода обезболивания.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, использованных в отношении меня анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, а также сообщил(а) достоверные сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я даю свое согласие АО ЦРНРФ «Партус» на проведение анестезии (наркоза) в том объеме, который будет необходим, и с применением тех лекарственных средств, в которых возникнет потребность для обеспечения адекватного общего обезболивания планируемых медицинских мероприятий и улучшения моего здоровья.

Я **проинформирован (а)** о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения.

Я **проинформирован(а)** о возможных осложнениях во время оказания анестезиологического пособия, а именно:

- технические трудности при проведении венопункции, приводящие к гематоме;
- воспалительные осложнения в месте венопункции (флебит);
- аллергические реакции на используемые препараты (крапивница, ларинго- и бронхоспазм, отек Квинке, анафилактический шок);
- рвота, аспирация желудочного содержимого;
- угнетение сердечной деятельности;
- угнетение дыхания,

- остановка сердца.

Я **предупрежден(а)** о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода. **Мне разъяснено и я осознаю**, что во время применения в отношении меня анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен(на) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я **также даю согласие** на то, что в случае возникновения осложнений в период нахождения меня под анестезией, в интересах моей жизни и здоровья метод анестезии может быть изменен, а также по показаниям может проводиться интенсивная терапия и сердечно-легочная реанимация.

Я даю добровольное информированное согласие на проведение анестезиологического обеспечения врачом-анестезиологом в предложенном объеме.

Я даю разрешение АО ЦРНРФ «Партус» проводить диагностические мероприятия, которые он сочтет нужным для оценки состояния моего здоровья и выявления заболеваний. Я также даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия, прописывать лекарственные препараты, применение которых необходимо по медицинским показаниям.

Я **разрешаю** АО ЦРНРФ «Партус» привлекать к моему лечению ассистентов и консультантов по его усмотрению.

Я даю свое согласие АО ЦРНРФ «Партус», в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, гражданам: _____

(ФИО, адрес регистрации, телефон)

Я **предупрежден(а)** о том, что в процессе лечения объем лечения и его стоимость может измениться в большую или меньшую сторону.

Я **ознакомлен(а)** с правилами предоставления платных медицинских услуг, ответственен(а) за их оплату. С правами, обязанностями и условиями, прописанными в договоре, согласен(а).

Я **подтверждаю**, что внимательно прочел(ла) и понял(а) информацию о предстоящих процедурах, предоставленную мне врачом-анестезиологом АО ЦРНРФ «Партус». Я имел(а) возможность обсудить с ним все непонятные мне и интересующие меня вопросы в этой области, на все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы. Мне разъяснены положения и значения всех медицинских терминов.

ФИО, подпись

«___» _____ 202__ г.

Сведения о Пациенте

НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ ВЫ РАНЕЕ ИЛИ ЛЕЧИТЕСЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПО ПОВОДУ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	ДА	НЕТ
Аллергические реакции на лекарственные препараты, продукты, пыльцу и т.п.		
Нарушения ритма, заболевания сердца (стенокардия, инфаркт миокарда и т.д.)		
Повышенное, пониженное кровяное давление		
Повышенная кровоточивость, анемия		
Заболевания желудочно-кишечного тракта		
Заболевания печени, вирусный гепатит (год)		
Заболевания почек		
Сахарный диабет		
Бронхиальная астма		
Туберкулез		
Глаукома		
Обмороки, заболевания ЦНС, сосудистые дистонии		
Ревматизм		
Системные заболевания		
Заболевания суставов		
Венерические заболевания СПИД (ВИЧ)		
Онкологические заболевания		
Травмы, сотрясение головного мозга		
Хирургические вмешательства		
Эпилепсия, судороги		
Добавьте, что считаете нужным		

ФИО, подпись

« ____ » _____ 202__ г.

Подпись врача-анестезиолога

_____ / _____

« ____ » _____ 202__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА КРИОКОНСЕРВАЦИЮ (ЗАЯВЛЕНИЕ)

Я (Мы),

(Ф.И.О., год рождения)

по нашему добровольному согласию просим Центра Репродукции - АО ЦРНРФ «Партус» произвести криоконсервацию (замораживание и хранение) на срок до «___» _____ 202__ г.

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Спермы мужа
(пациента) | <input type="checkbox"/> Яйцеклеток жены
(пациентки) | <input type="checkbox"/> Эмбрионов |
| <input type="checkbox"/> Спермы донора | <input type="checkbox"/> Яйцеклеток донора | |

Мы информированы о том, что в результате замораживания качественные характеристики спермы, яйцеклеток, эмбрионов могут измениться, в связи с этим мы должны ознакомиться с результатами контрольного размораживания и заключением эмбриолога.

Мы предупреждены, что хранение замороженной спермы, яйцеклеток, эмбрионов осуществляется в стандартных резервуарах под наблюдением сотрудников Центра Репродукции - АО ЦРНРФ «Партус». Существует потенциальный риск нарушения условий хранения в случае стихийного бедствия, аварии, противоправных действий третьих лиц.

Мы подтверждаем, что в этих случаях Центр Репродукции - АО ЦРНРФ «Партус» не несет ответственность за гибель замороженного материала.

Мы информированы о том, что хранение и использование криоконсервированной спермы, криоконсервированных яйцеклеток, криоконсервированных эмбрионов может быть прекращено раньше указанного срока по нашему письменному заявлению.

Мы информированы, что для продления срока хранения спермы, яйцеклеток, эмбрионов нам необходимо указать в заявлении новый срок хранения и оплатить его. По истечению указанного в заявлении срока хранения весь объем криоконсервированной спермы, криоконсервированных яйцеклеток, криоконсервированных эмбрионов будет уничтожен вне зависимости от обстоятельств, помешавших нам продлить срок хранения.

Мы обязуемся своевременно, но не позднее 2 (двух) календарных дней, сообщать Центру Репродукции - АО ЦРНРФ «Партус» об изменении наших адресов и телефонов,

указанных в настоящем заявлении. Мы понимаем, что в случае невыполнения нами указанной обязанности, Центр Репродукции - АО ЦРНРФ «Партус» не несет никакой ответственности за все последствия, вызванные отсутствием необходимой информации.

В случае рождения ребенка, мы обязуемся взять на себя права и обязанности по его воспитанию и содержанию, определенные законодательством России о браке и семье.

Заявляем, что изложил врачу все известные нам данные о состоянии здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в нашей семье.

Криоконсервацию обязуемся оплачивать в соответствии с тарифами Центра Репродукции - АО ЦРНРФ «Партус» по наличному или безналичному расчету.

Мы подтверждаем, что внимательно прочли и поняли всю информацию о процедуре, предоставленную нам Центром Репродукции - АО ЦРНРФ «Партус», и имели возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные нам вопросы в этой области. Нам разъяснены положения и значения всех медицинских терминов. На все заданные вопросы мы получили удовлетворившие нас ответы. Наше решение является свободным и представляет собой информированное согласие на проведение данной процедуры.

Адрес и/или телефон, по которым АО ЦРНРФ «Партус» может сообщить важную для нас информацию: _____

Подписи

подпись, ФИО

подпись, ФИО

Дата _____

Дата _____

Врач _____ (подпись, ФИО)

Дата _____

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ
НА УТИЛИЗАЦИЮ ЭМБРИОНОВ И/ИЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЛЯ
ДОНАЦИИ**

Я (Мы),

(Ф.И.О., год рождения)

Настоящим добровольным информированным заявлением-согласием в связи с окончанием лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий выражаем добровольное информированное согласие и просим прекратить криогенное хранение в АО ЦРНРФ «Партус», принадлежащих нам/мне эмбрионов в количестве: ___ криосоломинки - ___ эмбрионов, осуществить их утилизацию или использовать для донорства (донации) бесплодной супружеской паре и (или) женщинам, не состоящим в браке (реципиентам).

Я (Мы) даю (даем) свое согласие на утилизацию криоконсервированных эмбрионов, находящихся на хранении в АО ЦРНРФ «Партус», и/или их использование для донорства (донации) бесплодной супружеской паре и (или) женщинам, не состоящим в браке (реципиентам). Настоящим Я (Мы) отказываюсь (отказываемся) от дальнейшего хранения криоконсервированных эмбрионов и не будем в дальнейшем иметь претензий к АО ЦРНРФ «Партус» в связи с их утилизацией и/или их использованием для донорства (донации).

Я (Мы) подтверждаю(подтверждаем), что внимательно прочла/прочел (прочли) и поняла/понял (поняли) всю информацию о процедуре, представленную нам ООО «ЦЕНТР ЭКО», и имела/имел (имели) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы Я (Мы)получила/получил (получили) удовлетворившие меня (нас) ответы. Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой добровольное информированное согласие на проведение данной процедуры.

Адрес и/или телефон, по которым АО ЦРНРФ «Партус» может сообщить важную для нас информацию: _____

Ответственность за достоверность информации, указанной заявителями в заявлении, несут заявители.

Подписи

подпись, ФИО

подпись, ФИО

Дата _____

Дата _____

Врач _____ (подпись, ФИО)

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭКО С ЯЙЦЕКЛЕТКАМИ ДОНОРА

Я (Мы),

(Ф.И.О., год рождения)

по нашему добровольному согласию просим провести нам лечение бесплодия методом ЭКО (экстракорпорального оплодотворения). В связи с невозможностью использования для лечения бесплодия яйцеклеток жены, просим провести нам ЭКО с яйцеклетками донора, добровольно выбранного нами (код донора: _____). Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения программой ЭКО/ИКСИ/ИИ и известно, что:

- для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;
- в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых, возможно, потребуются изменить план или способ лечения; лечение может оказаться безрезультатным;
- преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;
- сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;
- до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ИКСИ/ИИ, прошу (просим):

Криоконсервировать Утилизировать Донировать

Заявляю(ем), что изложила(и) врачу все известные мне (нам) данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье(ях).

Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

Я (Мы) подтверждаю(ем), что внимательно прочла(и) и поняла(и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила(и) удовлетворившие меня (нас) ответы.

Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписи

подпись, ФИО

подпись, ФИО

Дата _____

Дата _____

Врач _____ (подпись, ФИО)

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭКО С СПЕРМОЙ ДОНОРА

Я (Мы),

(Ф.И.О., год рождения)

по нашему добровольному согласию просим АО ЦРНРФ «Партус». провести нам лечение бесплодия методом ЭКО (экстракорпорального оплодотворения). В связи с невозможностью использования для лечения нашего бесплодия спермы мужа, просим провести нам ЭКО со спермой донора, добровольно выбранного нами (код донора: _____). Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения программой ЭКО/ИКСИ/ИИ и известно, что:

- для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;
- в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых, возможно, потребуются изменить план или способ лечения; лечение может оказаться безрезультатным;
- преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;
- сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;
- до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ИКСИ/ИИ, прошу (просим):

Криоконсервировать Утилизировать Донировать

Заявляю(ем), что изложила(и) врачу все известные мне (нам) данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье(ях).

Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

Я (Мы) подтверждаю(ем), что внимательно прочла(и) и поняла(и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила(и) удовлетворившие меня (нас) ответы.

Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписи

подпись, ФИО

подпись, ФИО

Дата _____

Дата _____

Врач _____ (подпись, ФИО)

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭКО С ЯЙЦЕКЛЕТКАМИ ДОНОРА (неанонимный)

Я (Мы),

(Ф.И.О., год рождения)

по нашему добровольному согласию просим АО ЦРНРФ «Партус», провести нам лечение бесплодия методом ЭКО (экстракорпорального оплодотворения). В связи с невозможностью использования для лечения нашего бесплодия яйцеклеток жены, просим провести нам ЭКО с яйцеклетками донора, добровольно выбранного нами (Ф.И.О. донора: _____).

Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения программой ЭКО/ИКСИ/ИИ и известно, что:

- для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;
- в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых, возможно, потребуется изменить план или способ лечения; лечение может оказаться безрезультатным;
- преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;
- сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;
- до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ИКСИ/ИИ, прошу (просим):

Криоконсервировать Утилизировать Донировать

Заявляю(ем), что изложила(и) врачу все известные мне (нам) данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье(ях).

Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

Я (Мы) подтверждаю(ем), что внимательно прочла(и) и поняла(и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила(и) удовлетворившие меня (нас) ответы.

Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписи

подпись, ФИО

подпись, ФИО

Дата _____

Дата _____

Врач _____ (подпись, ФИО)

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭКО С СПЕРМОЙ ДОНОРА (неанонимный)

Я (Мы),

(Ф.И.О., год рождения)

по нашему добровольному согласию просим АО ЦРНРФ «Партус», провести нам лечение бесплодия методом ЭКО (экстракорпорального оплодотворения). В связи с невозможностью использования для лечения нашего бесплодия спермы мужа, просим провести нам ЭКО со спермой донора, добровольно выбранного нами (Ф.И.О. донора: _____).

Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения программой ЭКО/ИКСИ/ИИ и известно, что:

- для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;
- в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых, возможно, потребуется изменить план или способ лечения; лечение может оказаться безрезультатным;
- преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;
- сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;
- до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ИКСИ/ИИ, прошу (просим):

Криоконсервировать Утилизировать Донировать

Заявляю(ем), что изложила(и) врачу все известные мне (нам) данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье(ях).

Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

Я (Мы) подтверждаю(ем), что внимательно прочла(и) и поняла(и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила(и) удовлетворившие меня (нас) ответы.

Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписи

подпись, ФИО

подпись, ФИО

Дата _____

Дата _____

Врач _____ (подпись, ФИО)

Дата _____