Договор №____
на предоставление платных медицинских услуг
на индивидуальное применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)

г. Омск «____»_____201__ г.

Женщина_____ _____ года рождения, именуемая в дальнейшем «Пациентка»,
Мужчина_____ _____ года рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент», совместно именуемые в дальнейшем **«Пациент»**, с одной стороны,
_____, именуемый(ая) в дальнейшем «**Третье лицо**», с другой стороны, и

Общество с ограниченной ответственностью «Альфа-ЭмБио», именуемое в дальнейшем **«Клиника»**, в лице директора Дворянинова Сергея Владимировича, действующего на основании устава, а также в соответствии с выданными лицензиями на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № ЛО-55-01-002587 от 15.08.2019 г., выдана Министерством здравоохранения Омской области, Лицензия № ФС-55-01-001390-14 от 18.09.2014 г. выдана ФС по надзору в сфере здравоохранения), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Клиника оказывает Пациенту медицинские услуги в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и Программой лечения (далее по тексту «Программа»), а Пациент обязуется оплатить стоимость медицинских услуг в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.

1.2. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление Пациента получить в Клинике на возмездной основе за счет средств Пациента или Третьего лица медицинскую помощь, предусмотренную Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и предоставляемую бесплатно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

1.3. Перечень медицинских услуг в Программе определяется в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 30.08.2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», а также путем согласования между Пациентом и лечащим врачом.

1.4. Определение Программы осуществляется Пациентом и лечащим врачом на основании медицинских показаний в соответствии с результатами предварительного обследования. Программа изложена в Приложении № 1 к настоящему Договору и является её неотъемлемой частью, и в ходе лечения может быть изменена и/или дополнена.

1.5. Стороны договорились, что в случае необходимости на основании медицинских показаний, а также в случае пожелания Пациента Клиника может оказать пациенту Дополнительные услуги, не включенные в выбранную Программу, а Пациент должен принять и оплатить их на условиях настоящего Договора. Дополнительные услуги оказываются Пациенту после подписания дополнительного соглашения.

1.6. В случае необходимости неотложного лечения, при невозможности получить согласие Пациента ввиду его состояния, вопрос об оказании Дополнительных услуг, не вошедших в выбранную программу, в интересах Пациента решается лечащим врачом.

1.7. Настоящим Договором не предусмотрено оказание медицинских услуг при наличии заболеваний и связанных с ними осложнений, препятствующих проведению ВРТ, вынашиванию беременности, рождению и/или воспитанию здорового ребенка, указанных в Приложении № 2 к Приказу Минздрава РФ от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (основной перечень противопоказаний к проведению ВРТ представлен в Приложении № 3 к настоящему договору).

1.8. Наступление или выявление в процессе действия настоящего Договора указанных в п. 1.7 настоящего договора заболеваний и/или связанных с ними осложнений является основанием для расторжения Клиникой настоящего Договора в одностороннем порядке.

1.9. Срок выполнения обязательства по предоставлению Клиникой медицинской услуги определяется периодом услуги с учетом медицинской специфики с момента обращения Пациента до момента исчезновения медицинских показаний для продолжения лечения.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. **Клиника обязуется:**

2.1.1. Проводить консультации, осмотры врачами-специалистами, комплексы инструментальных и лабораторных мероприятий в объемах и на условиях, предусмотренных Программой.

2.1.2. Оказывать качественную и квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Договора и действующего законодательства.

2.1.3. Информировать Пациента в доступной для него форме о методах рекомендуемого ему лечения, о возможных осложнениях.

2.1.4. Информировать Пациента о необходимости проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий в целях терапии женского и/или мужского бесплодия в момент возникновения такой необходимости.

2.1.5. Не допускать разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении Пациента). Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается только в случаях, регламентируемых законодательством.

2.2. **Клиника вправе:**

2.2.1. Привлекать врачей-специалистов других лечебных учреждений, специализирующихся на оказании медицинских услуг.

2.2.2. Рекомендовать/направлять Пациента для проведения дополнительных консультаций, обследований и т. п. в другие учреждения здравоохранения.

2.2.3. Обращаться к Пациенту по вопросам состояния его здоровья после окончания Программы с целью проведения анализа показателей работы, эффективности медицинской помощи, разработки предложений по улучшению качества медицинской помощи с использованием ВРТ.

2.2.4. В случаях несоблюдения Пациентом указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима наблюдения (лечения), Правил внутреннего распорядка Клиники, лечащий врач вправе по согласованию с Главным врачом принять решение об отказе от наблюдения и лечения Пациента, если отказ непосредственно не угрожает жизни Пациента. Решение лечащего врача об отказе от наблюдения и лечения Пациента является основанием для предоставления Клиникой Пациенту иной кандидатуры лечащего врача, а в случае невозможности замены или несогласия Пациента на замену, расторжения Клиникой настоящего Договора в одностороннем порядке в связи с возникновением объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

2.2.5. Реализовывать иные права, определенные действующим законодательством.

2.3. **Пациент обязуется:**

2.3.1. Предоставить необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг: о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, наличии вредных привычек и профессиональных вредностей, аллергических реакциях и т.п.

2.3.2. Предоставить информацию о персональных данных, о семейном положении, а также информацию для связи (адрес электронной почты, номера телефонов, фактический адрес проживания).

2.3.3. Оформить письменное Информированное добровольное заявление-согласие о применении метода ВРТ (Приложение № 2 к настоящему Договору).

2.3.4. Добросовестно выполнять указания (рекомендации) лечащего врача (медицинских работников Клиники), в том числе назначенного режима наблюдения (лечения).

2.3.5. Своевременно информировать врача о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья. Своевременно согласовывать и информировать лечащего врача о приеме лекарственных препаратов, помимо назначенных врачом Клиники.

2.3.6. Посещать Клинику для проведения осмотров, процедур, консультаций, исследований и т.п. по назначению лечащего врача в предварительно согласованные сроки и время. В случае невозможности явки заблаговременно в срок, не позднее, чем за 3 часа до согласованного времени оказания медицинских услуг, предупредить лечащего врача об этом.

2.3.7. Взять на себя ответственность за согласование с супругом (супругой) предлагаемых Клиникой методов лечения. (Клиника не несет ответственность за последствия, связанные с наличием разногласий между супругами).

2.3.8. В случае необходимости получения Дополнительной услуги ознакомиться со стоимостью Дополнительной услуги по Прейскуранту Клиники. При несогласии с назначенной Клиникой Дополнительной услугой письменно уведомить об этом Клинику до начала оказания услуги и не использовать ее. При согласии Пациента на проведение Дополнительной услуги оплатить ее в соответствии с действующим на день получения услуги Прейскурантом Клиники;

2.3.9. Оплатить медицинские услуги своевременно и в полном объеме согласно действующему на момент получения услуги Прейскуранту.

2.3.10. Выполнять иные обязанности, определенные действующим законодательством, положениями настоящего Договора.

2.4. **Пациент имеет право:**

2.4.1. Получать качественную медицинскую помощь в объеме, определенном настоящим Договором и Программой, а также отказаться от нее.

2.4.2. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего (их) здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах диагностики и лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, в том числе осложнениях, и результатах проведенного лечения.

2.4.3. Отказаться от получения информации о состоянии своего здоровья в случае негативного прогноза развития заболевания.

2.4.4. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну. При этом Пациент имеет право определить лица, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.5. Реализовывать иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг оплачивается Пациентом в соответствии с Прейскурантом Клиники.

3.2. Расчеты по настоящему договору производятся в виде 100% предоплаты в день подписания настоящего Договора.

3.3. Оказание медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется только после их полной оплаты.

3.4. Все расчеты по настоящему Договору могут производиться за наличный, безналичный расчет, а также с использованием кредитных карт.

3.5. Оказываемые по настоящему Договору услуги могут быть оплачены Пациентом либо Третьим лицом (физическим или юридическим) лицом. При этом оплата медицинских услуг Третьим лицом должна быть произведена с указанием ФИО Пациента и номера настоящего Договора. Указанная оплата будет считаться оплатой медицинских услуг для Пациента и не будет считаться основанием для предоставления медицинских услуг Третьему лицу.

3.6. В случае если выбранная в соответствии с настоящим Договором Программа в ходе лечения будет изменена или дополнена, то стоимость неиспользованных и оплаченных Пациентом по выбранной ранее Программе медицинских услуг подлежит зачёту.

3.7. В случаях оказания Клиникой Пациенту Дополнительных услуг, Пациент должен оплатить их стоимость дополнительно к стоимости Программы в размере, определяемом действующим на дату оказания услуги Прейскурантом, в порядке 100% предварительной оплаты.

3.8. В случае если Пациент не использовал какие-либо медицинские услуги, входящие в Программу, по вине Клиники или оказание услуг было прервано по медицинским показаниям, стоимость Договора по его окончании подлежит перерасчету. Разница между стоимостью оказанных услуг и суммой оплаты подлежит возврату Пациенту/Третьему лицу или подлежит зачету по другому договору, заключенному между Клиникой и Пациентом.

4. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения Сторонами принятых на себя обязательств в полном объеме.

4.2. Настоящий Договор может быть расторгнут Клиникой в одностороннем порядке в следующих случаях:

4.2.1. нарушение Пациентом порядка и сроков оплаты Программы и Дополнительных услуг, предусмотренных настоящим Договором;

4.2.2. при наступлении или выявлении обстоятельств, определенных п. 1.7 настоящего Договора;

4.2.3. при наступлении или выявлении обстоятельств, определенных п. 2.2.4 настоящего Договора.

4.3. В случае одностороннего досрочного расторжения Договора Пациентом, уплаченные денежные средства возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных услуг, включая Дополнительные услуги.

4.4. Возврат денежных средств, а также иные действия и согласования осуществляются только по письменному заявлению Пациента или его уполномоченного представителя.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из Сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой Стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству.

5.2. Клиника не несет ответственности перед Пациентом, если в ходе исполнения настоящего Договора при лечении бесплодия Клиникой были соблюдены соответствующие методики, нормы и правила проведения ВРТ, а Пациентом были выполнены все условия настоящего Договора, но проведенное лечение оказалось безрезультатным.

5.3. Клиника освобождается от ответственности перед Пациентом за качество оказанных медицинских услуг и наступление возможных неблагоприятных последствий для него, если Пациентом в ходе исполнения настоящего Договора были не исполнены возложенные на него обязанности, указанные в п. 2.3.1, 2.3.4, 2.3.5 и 2.3.6 настоящего Договора.

5.4. В случае прохождения Пациентом медицинского обследования не в Клинике, а в каком-либо ином медицинском учреждении Клиника не несет ответственности за достоверность предоставленных результатов медицинских исследований, а также за неблагоприятные последствия, возникшие вследствие предоставления Пациентом результатов медицинских исследований, не соответствующих реальной медицинской картине (истории) болезни.

5.5. Клиника не несет ответственность перед Пациентом в случае возникновения в ходе реализации Программы осложнений, указанных в Информированном добровольном заявлении-согласии (Приложение № 2). Пациент считается предупрежденным с момента подписания соответствующего документа. Клиника предоставляет Пациенту возможность задать все интересующие вопросы лечащему врачу, а также самостоятельно получить информацию из других независимых источников.

5.6. Клиника освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи, если ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Пациентом условий настоящего Договора.

5.7. Клиника не несет ответственность за последствия, связанные с отсутствием Информированного добровольного согласия супруга на применение методов ВРТ, если оно вызвано сокрытием Пациентом информации о своем семейном положении.

5.8. После проведения процедуры переноса эмбрионов в полость матки Пациентки Пациенты берут на себя ответственность за протекание беременности и роды, все права и обязанности в отношении ребенка, родившегося в результате применения методов ЭКО, по его воспитанию и содержанию в соответствии с Конституцией и Семейным кодексом РФ.

5.9. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, т. е. обстоятельств, которые в соответствии с действующим законодательством признаны чрезвычайными и непреодолимыми. Стороны извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств в течение 1 суток с момента возникновения таких обстоятельств.

Клиника _____ Пациент _____

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора и в связи с ним подлежат урегулированию путем переговоров, а в случае не достижения согласия между сторонами, подлежат урегулированию путем проведения процедуры медиации.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух (а при наличии Третьего лица – в трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны. Стороны отмечают, что при подписании настоящего Договора Пациент получил свой экземпляр договора: _____/_____/
(подпись) (ФИО)

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны всеми участниками Договора. Соответствующие дополнительные соглашения Сторон, заявления и согласия Пациента являются неотъемлемой частью Договора.

6.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он ознакомлен с Лицензией Клиники и Прейскурантом Клиники.

6.5. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 «Программа лечения».
- Приложение № 2 «Информированное добровольное заявление-согласие на применение метода ВРТ».
- Приложение № 3 «Основной перечень противопоказаний к проведению ВРТ».

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Клиника:
Общество с ограниченной ответственностью «Альфа-ЭмБио»
Юридический адрес: 644043, г. Омск, ул. Волочаевская, д. 11, к. 1, пом. 30П; ОГРН 1125543054207
ИНН/КПП 5503238418/550301001; р/сч 40702810323320000124 в Филиале «Новосибирский» ПАО «АЛЬФА-БАНК»; к/сч 30101810600000000774; БИК 045004774; **тел.: +7 (3812) 95-55-63**

Директор: _____ /Дворянинов С.В./
м. п.

Пациент:
Женщина _____
дата рождения _____ паспорт серия _____, номер_____ выдан (кем, когда) _____
_____,
зарегистрирована по адресу: _____
Мужчина _____
дата рождения _____ паспорт серия _____, номер_____ выдан (кем,когда) _____
_____,
зарегистрирован по адресу:_____
Домашн.тел. _____; сот. тел. женщины _____; сот. тел. мужчины _____

Подпись женщины: _____/_____/

Подпись мужчины: _____/_____/

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

Базовая программа ЭКО
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	По назначению врача	10400	10400
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	19500	19500
3	Эмбриологический этап	1	29900	29900
4	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
(по результатам проведения трансвагинальной пункции и оценки качества эякулята, в программу лечения может быть добавлено лечение методом ИКСИ, ПИКСИ и вспомогательный хэтчинг)				

Стоимость программы 73100 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____ _____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

ЭКО в естественном цикле
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	По назначению врача	3100	3100
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	17600	17600
3	Эмбриологический этап	1	21500	21500
4	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
(по результатам проведения трансвагинальной пункции и оценки качества эякулята, в программу лечения может быть добавлено лечение методом ИКСИ, ПИКСИ и вспомогательный хэтчинг)				

Стоимость программы 55500 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

ЭКО с минимальной стимуляцией
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб)	Сумма (руб)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	По назначению врача	7300	7300
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	19500	19500
3	Эмбриологический этап	1	25300	25300
4	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
(по результатам проведения трансвагинальной пункции и оценки качества эякулята,в программу лечения может быть добавлено лечение методом ИКСИ, ПИКСИ и вспомогательный хэтчинг)				

Стоимость программы 65400руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

Базовая программа ЭКО/ИКСИ
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб)	Сумма (руб)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	По назначению врача	10400	10400
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	19500	19500
3	Эмбриологический этап	1	56400	56400
4	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
(по результатам проведения трансвагинальной пункции и оценки качества эякулята,в программу лечения может быть добавлено лечение методом ПИКСИ и вспомогательный хэтчинг)				

Стоимость программы 99600 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

ЭКО по программе «Суррогатное материнство»
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб)	Сумма (руб)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	2	10400	20800
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	19500	19500
3	Эмбриологический этап	1	29900	29900
4	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
(по результатам проведения трансвагинальной пункции и оценки качества эякулята , в программу лечения может быть добавлено лечение методом ИКСИ, ПИКСИ и вспомогательный хэтчинг)				

Стоимость программы 83500 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

ЭКО по программе «Донорство ооцитов с анонимным донором» (включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб)	Сумма (руб)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	2	10400	20800
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	19500	19500
3	Эмбриологический этап	1	56400	56400
4	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
5	Участие анонимного донора (обследование, медикаментозная нагрузка, материальная компенсация)	1	81400	81400
(по результатам проведения трансвагинальной пункции и оценки качества эякулята , в программу лечения может быть добавлено лечение методом ПИКСИ и вспомогательный хэтчинг)				

Стоимость программы 191400руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

ЭКО по программе «Донорство ооцитов с неанонимным донором»
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	2	10400	20800
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	19900	19900
3	Эмбриологический этап	1	51000	51000
4	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
(по результатам проведения трансвагинальной пункции и оценки качества эякулята , в программу лечения может быть добавлено лечение методом ИКСИ , ПИКСИ и вспомогательный хетчинг)				

Стоимость программы 104600 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

ЭКО по программе «Донорство спермы с анонимным донором»
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	1	10400	10400
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	19500	19500
3	Эмбриологический этап	1	29900	29900
4	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
5	Использование оттаянной донорской спермы (1 ампула)	1	24750	24750

Стоимость программы 97850 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

ЭКО с использованием криоконсервированной спермы/ неанонимного донора /ткани яичка мужа (не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	1	10400	10400
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	19500	19500
3	Эмбриологический этап	1	56400	56400
4	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
5	Оттаивание криоконсервированной спермы/ткани яичка мужа	1	5500	5500
(по результатам проведения трансвагинальной пункции и оценки качества эякулята, в программу лечения может быть добавлено лечение методом ПИКСИ и вспомогательный хэтчинг)				

Стоимость программы 105100 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

ЭКО с использованием витрифицированных ооцитов
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Введение в программу ЭКО с использованием витрифицированных ооцитов	1	7300	7300
2	Эмбриологический этап	1	56400	56400
3	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
4	Оттаивание витрифицированных ооцитов	1	27700	27700

Стоимость программы 104700 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

Базовая программа ЭКО с последующей витрификацией всех ооцитов (не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	1	10400	10400
2	Трансвагинальная пункция фолликулов	1	19500	19500
3	Витрификация ооцитов	1	30000	30000

Стоимость программы 59900 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

ЭКО в естественном цикле с последующей витрификацией ооцитов
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Введение в ЭКО в естественном цикле (консультации, осмотр, УЗИ)	По назначению врача	3100	3100
2	Трансвагинальная пункция фолликулов в естественном цикле	1	17600	17600
3	Витрификация ооцитов в естественном цикле	1	14400	14400

Стоимость программы 35100 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

Искусственная инсеминация с использованием спермы мужа
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	1	3100	3100
2	Обработка и введение спермы в полость матки	1	14800	14800

Стоимость программы 17900 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

Перенос оттаянных эмбрионов
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Введение в протокол переноса оттаянных эмбрионов (консультации, осмотр, УЗИ, оценка результатов обследования)	1	7300	7300
2	Оттаивание эмбрионов	1	14000	14000
3	Перенос эмбрионов	1	13300	13300

Стоимость программы 34600 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

Приложение №1
к Договору на предоставление платных медицинских услуг
на индивидуальное применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

Искусственная инсеминация с использованием спермы анонимного донора (не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	1	3100	3100
2	Обработка и введение спермы в полость матки	1	14800	14800
3	Использование оттаянной донорской спермы (1 ампула)	1	24750	24750

Стоимость программы 42650 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

αEmBio medical center

Приложение №1
к Договору на предоставление платных медицинских услуг
на индивидуальное применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)

Клиника _____ Пациент _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

Перенос оттаянных донорских эмбрионов
(не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Введение в протокол переноса оттаянных эмбрионов(консультации, осмотр, УЗИ,оценка результатов обследования)	1	7300	7300
2	Оттаивание эмбрионов	1	14000	14000
3	Перенос эмбрионов	1	13300	13300
4	Донорские эмбрионы		29500	29500

Стоимость программы 64100 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ

Искусственная инсеминация с использованием спермы неанонимного донора (не включая стоимость лекарственных препаратов)

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Стоимость 1 услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Этап контролируемой стимуляции суперовуляции (консультации, осмотр, УЗИ)	1	3100	3100
2	Обработка и введение спермы в полость матки	1	14800	14800
3	Оттаивание криоконсервированной спермы, ткани яичка	1	5500	5500

Стоимость программы 23400 руб.

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____ _____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____

Приложение №2

к Договору №____ от «____» _____ г.

Информированное добровольное заявление-согласие на применение ВРТ

г. Омск **«____» _____ 20___г.**

Мы,женщина_____,

и мужчина_____

или я, одинока женщина,_____

по нашему (моему) добровольному согласию просим провести нам (мне) лечение бесплодия методом (нужное отметить)

Базовая программа ЭКО / с последующей витрификацией яйцеклеток (нужное подчеркнуть)

ЭКО в естественном цикле / с последующей витрификацией яйцеклеток (нужное подчеркнуть)

ЭКО с минимальной стимуляцией

ЭКО с использованием витрифицированных яйцеклеток

процедура ИКСИ / процедура ПИКСИ (нужное подчеркнуть)

ЭКО по программе «Донорство ооцитов с анонимным донором (с предварительным выбором анонимного донора яйцеклеток по каталогу ООО «Альфа-ЭмБио»)»

ЭКО по программе «Донорство ооцитов с неанонимным донором»

ЭКО по программе «Донорство спермы с анонимным донором» (с предварительным выбором анонимного донора спермы по каталогу ООО «Альфа -ЭмБио»)

ЭКО с использованием криоконсервированной спермы мужа/неанонимного донора/ткани яичка мужа

ЭКО по программе «Суррогатное материнство»

использование оттаяных витрифицированных донорских ооцитов

использование спермы анонимного донора (с предварительным выбором анонимного донора спермы по каталогу ООО «Альфа-ЭмБио»)

искусственная инсеминация с использованием спермы мужа

искусственная инсеминация с использованием спермы анонимного донора (с предварительным выбором анонимного донора спермы по каталогу ООО «Альфа-ЭмБио»)

искусственная инсеминация с использованием спермы неанонимного донора

перенос оттаянных эмбрионов

перенос оттаянных эмбрионов суррогатной матери

перенос оттаянных донорских эмбрионов

Нам (Мне) разъяснена сущность выбранного нами метода лечения и известно, что:

- для нашего 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 метод лечения;
- лечение может оказаться безрезультатным.

Мы (Я) предупреждены о том, что выбранный нами метод лечения может иметь следующие осложнения, иногда тяжело протекающие и требующие госпитализации и оперативного лечения:

- осложнения во время внутривенных инъекций, внутримышечных инъекций, подкожных инъекций, внутривенного взятия крови: аллергические реакции (гиперемия, крапивница, зуд, обморок, анафилактический шок); воспалительные реакции (вплоть до абсцесса в месте инъекции); тромбогеморрагические осложнения (петехиальные высыпания, гематомы, тромбофлебиты);
- возникновение или обострение воспалительного процесса в малом тазу;
- возникновение кровотечения при проведении трансвагинальной пункции яичников;
- возникновение синдрома гиперстимуляции яичников (в том числе в тяжелой форме);
- перекрут яичника (полный или частичный);
- апоплексия яичника с кровотечением;
- возникновение внематочной беременности;
- наступление многоплодной беременности;
- самопроизвольное прерывание беременности, наступившее после лечения или при выполнении редукции на любых сроках беременности;
- неразвивающаяся беременность;
- а также другие осложнения, связанные с применением указанного метода, которые не могут быть предотвращены при современном уровне развития медицины.

Мы (Я) согласны с тем, что для достижения беременности в процессе лечения бесплодия может потребоваться микроманипуляционная техника, включая введение сперматозоида в яйцеклетку, получение сперматозоидов непосредственно из яичка или его придатка, замораживание половых клеток и эмбрионов и другие необходимые процедуры. Решение вопроса о необходимости применения этих действий целиком доверяем врачам клиники.

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	**□ даю согласие**	**□ не даю согласие**

Мы (Я) предупреждены о том, что в 10-15% случаев лечение методом ЭКО, в т.ч. с использованием донорских ооцитов, может быть прекращено на одном из этапов по следующим причинам:
- при пункции в фолликулярной жидкости яйцеклетки (ооциты) могут отсутствовать;
- полученные яйцеклетки могут быть неполноценными или нежизнеспособными;
- оплодотворение in vitro может не произойти или дробление уже оплодотворенной яйцеклетки может прекратиться на одном из этапов культивирования эмбриона.
- при выявлении ранних признаков синдрома гиперстимуляции яичников, признаков воспаления органов репродуктивной системы, ранение сосудов и соседних органов перенос эмбрионов не проводится.

Нас (Меня) предупредили, что в течение 12 часов после пункции яичников женщине нельзя управлять транспортным средством.
Мы (Я) предупреждены о том, что в случае многоплодной беременности (3 плода и более) может потребоваться операция по редукции плода(ов). О возможных осложнениях этой процедуры предупреждены.
Нам (Мне) разъяснено, что частота врожденных и наследственных заболеваний у детей после ЭКО не отличается от частоты этой патологии в популяции.
Нам (Мне) известно о возможности проведения преимплантационного генетического тестирования эмбриона с целью повышения эффективности попытки ЭКО. О возможных осложнениях этой процедуры предупреждены.
Мы (Я) обязуемся не устанавливать личность донора ооцитов и/или донора спермы. Мы проинформированы о том, что криоконсервированные донорские эмбрионы получены в результате оплодотворения донорской яйцеклетки донорской спермой. Выбор донора сделан нами добровольно на основании представленных: антропометрических данных, расы, национальности, фенотипического портрета, результатов медицинского медико-генетического обследования донора.

Нами (мной) был(и) выбран(ы) донор(ы) яйцеклеток:	код(ы) донора(ов) яйцеклеток:	подпись мужчины:	подпись женщины:
Нами (мной) был выбран донор спермы:	код донора спермы:	подпись мужчины:	подпись женщины:

Мы (Я) проинформированы о том, что в результате процедуры ЭКО у нас могут быть получены пригодные для криоконсервации яйцеклетки (ооциты) или эмбрионы, которые могут быть заморожены с целью повышения эффективности проводимого лечения бесплодия методами ВРТ.
Мы (Я) предупреждены, что эмбрионы и половые клетки, не подлежащие оплодотворению, переносу и хранению, будут утилизированы.
Мы (Я) знаем, что после размораживания яйцеклетки/сперматозоиды могут быть непригодны для оплодотворения, а эмбрионы после размораживания могут быть непригодны для переноса в полость матки, что наступление беременности не может быть гарантировано, что до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения о возможности или отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания яйцеклеток (ооцитов) или эмбрионов для здоровья будущего ребенка.
Мы (Я) предупреждены, что хранение замороженных яйцеклеток/сперматозооидов и эмбрионов осуществляется в стандартных, выпускаемых промышленностью резервуарах под наблюдением сотрудников ООО «Альфа-ЭмБио». Однако существует потенциальный риск нарушения условий хранения в случае возникновения чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, когда исполнение обязательств является невозможным вследствие непреодолимой силы. Мы (Я) подтверждаем, что в этих случаях ООО «Альфа-ЭмБио» не несет ответственность за гибель замороженного материала.
Наши (мои) половые клетки /эмбрионы, оставшиеся после проведения лечения методами ВРТ, просим (прошу):
□ криоконсервировать***** □ донировать □ утилизировать
***** в случае криоконсервации мы (я) обязуемся подписать соглашение на дополнительные услуги по криоконсервации и оплатить хранение половых клеток/эмбрионов. Мы (я) проинформированы, что в случае не подписания нами (мной) соглашения на дополнительные услуги по криоконсервации и отсутствие оплаты услуг по криоконсервации ООО «Альфа-ЭмБио» имеет право утилизировать половые клети/эмбрионы.

_____ _____

подпись мужчины подпись женщины

Мы (Я) информированы о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача и медицинских работников ООО «Альфа-ЭмБио» могут снизить качество предполагаемого результата (предоставляемой медицинской услуги) и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии нашего здоровья.
Мы (Я) разрешаем передавать нам (мне) информацию о состоянии моего здоровья в случае негативного прогноза развития моего заболевания.
Мы (Я) разрешаем использовать нашу (мою) медицинскую информацию для ведения электронной формы медицинской документации. Мы (Я) разрешаем давать информацию должностным лицам, причастным к случаям оказания

медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.
Нам (мне) в доступной для нас (меня) форме предоставлена информация о возможности и условиях предоставления нам (мне) бесплатных медицинских услуг в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения в рамках правового режима бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством. Мы (Я) используем свое право, данное нам (мне) ст.84 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и выбираем платное оказание услуг, предусмотренных программой государственных гарантий на добровольной основе для достижения лучших результатов лечения, связанного с нашим (моим) заболеванием.
Мы (Я) подтверждаем, что внимательно прочли и поняли всю информацию о процедуре, предоставленную нам сотрудниками ООО «Альфа-ЭмБио», и имели возможность обсудить с врачом все интересующие нас или непонятные нам вопросы в этой области. На все заданные вопросы мы (я) получили удовлетворившие нас ответы. Наше (мое) решение является свободным и представляет собой информированное согласие на проведение данной процедуры.
В случае наступления беременности и рождения ребенка мы обязуемся взять на себя равные права и обязанности родителей в отношении будущего ребенка по его воспитанию и содержанию, определенные законодательством России о браке и семье. Мы (Я) понимаем важность и обязуемся письменно проинформировать ООО «Альфа-ЭмБио» об изменении наших семейных обстоятельств.
Телефон, по которым ООО «Альфа-ЭмБио» может сообщить важную для нас информацию, в том числе в виде SMS-сообщений: _____
Подпись женщины: _____/_____
Подпись мужчины: _____/_____
Лечащий врач: _____
Согласие подписано в присутствии представителя клиники_____

Основной перечень противопоказаний к проведению ВРТ:

- туберкулез;
- острые гепатиты A, B, C, D, G; Хронические гепатиты в фазе обострения (желтуха, высокие уровни индикаторных ферментов);
- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- сифилис у мужчины или женщины;
- злокачественные новообразования любой локализации;
- доброкачественные новообразования матки и/или яичников, требующие оперативного лечения;
- болезни крови и кроветворных органов;
- тромбоэмболическая болезнь и тромбоэмболические осложнения;
- гипертоническая болезнь II B-III стадий при отсутствии эффекта от терапии;
- болезни органов пищеварения (цирроз печени при наличии портальной гипертензии с риском кровотечения из вен пищевода, наличии печеночной недостаточности, острая жировая дистрофия печени, болезнь Крона, осложненная стенозом, свищами, нарушениями всасывания и кровотечениями, грыжа брюшной стенки (значительных размеров с расхождением брюшной стенки при невозможности хирургической коррекции), Спаечная болезнь кишечника с приступами кишечной непроходимости);
- сахарный диабет с прогрессирующей пролиферативной ретинопатией и после трансплантации почки;
- гиперпаратиреоз;
- некоторые психические расстройства;
- тяжелые ивалидизирующие некурабельные заболевания нервной системы различной этиологии, сопровождающиеся выраженными двигательными, психическими расстройствам;
- осложненные ревматические пороки сердца;
- кардиомиопатии;
- болезни сосудов;
- врожденные аномалии (пороки) матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности;
- врожденные пороки сердца;
- травмы матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности.

Полный перечень противопоказаний к проведению ВРТ представлен в Приложении № 2 к Приказу Минздрава РФ от 30.08.2012 №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Подписи Пациента:

Женщина _____/_____/

Мужчина _____/_____/

Лечащий врач _____