

г. Омск, ул. Волочаевская, д.11, корп.1
тел. +7 (3812) 95-55-63, моб. 51-91-25, e-mail: info.embio@mail.ru

**Договор № _____ на предоставление медицинских услуг
на индивидуальное применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)
за счет средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования
Омской области**

г. Омск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Женщина _____ года рождения, именуемая в дальнейшем «Пациентка»,
Мужчина _____ года рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент»,
совместно именуемые в дальнейшем «Пациент», с одной 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 выданной
лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № ЛО41-01165-55/00561359 от 15.08.2019г., выдана
ФС в сфере здравоохранения по Омской области: г. Омск, ул. Северная д.22, телефон 8(3812)20-11-04), с другой
стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Клиника оказывает Пациенту медицинские услуги по экстракорпоральному оплодотворению в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором за счет средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области (далее по тексту - ОМС).

1.2. В программу экстракорпорального оплодотворения по ОМС входят:

- овариальная стимуляция;
- пункция фолликулов яичников для получения ооцитов;
- инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа(партнера) методом экстракорпорального оплодотворения или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ);
- культивирование эмбрионов;
- перенос эмбрионов в полость матки;
- криоконсервация эмбрионов.
- перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки.

1.3. В программу экстракорпорального оплодотворения по ОМС не входят дополнительные медицинские услуги ВРТ, в том числе такие как:

- дополнительное лечение;
- использование донорских генетических материалов;
- суррогатное материнство;
- преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ);
- хранение криоконсервированных эмбрионов.

1.4. Стороны договорились, что в случае необходимости и/или медицинских показаний, а также в случае пожелания Пациента Клиника может оказать пациенту дополнительные услуги по применению вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), не включенные в программу по экстракорпоральному оплодотворению по ОМС, а Пациент должен принять и оплатить их на условиях настоящего Договора. Дополнительные услуги оказываются Пациенту после подписания дополнительного соглашения.

1.5. Основанием для оказания медицинских услуг по экстракорпоральному оплодотворению по ОМС является добровольное волеизъявление Пациента получить медицинскую помощь за счет средств ОМС, при условии выполнения п. 2.3.1 настоящего Договора.

1.6. Основанием для оказания дополнительных медицинских услуг по ВРТ является добровольное волеизъявление Пациента получить медицинскую помощь на возмездной основе за счет средств Пациента или третьего лица.

1.7. Перечень услуг определяется в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», а также путем согласования между Пациентом и лечащим врачом.

1.8. Выбор дополнительных услуг по ВРТ осуществляется Пациентом и лечащим врачом в соответствии с результатами предварительного обследования, а также в ходе лечения.

1.9. В случае необходимости неотложного лечения, при невозможности получить согласие Пациента ввиду его состояния, вопрос об оказании дополнительных услуг в интересах Пациента решается лечащим врачом.

1.10. 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 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (основной перечень противопоказаний к проведению ВРТ представлен в Приложении № 1 к настоящему договору).

1.11. Наступление или выявление в процессе действия настоящего Договора указанных в п. 1.10 настоящего договора заболеваний и/или связанных с ними осложнений является основанием для расторжения Клиникой настоящего Договора в одностороннем порядке.

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 экстракорпорального оплодотворения по ОМС.

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 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. Отказать в оказании услуг в случаях невыполнения Пациентом назначенного врачом лечения (в том числе приема лекарственных препаратов, рекомендаций врача), и не проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, обусловленных выполненным обследованием в рамках программы, либо предоставления заведомо ложной информации; либо выявления в ходе лечения и установления у Пациента низкой эффективности программы экстракорпорального оплодотворения.

2.2.5. Реализовывать иные права, определенные действующим законодательством.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Предоставить копию паспорта граждан РФ, копию полиса ОМС, все анализы и исследования, направление на ЭКО (выданное в установленном законом порядке), необходимую и достоверную информацию о семейном положении, состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, в том числе о форме бесплодия, об истории перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, передающихся половым путем, наличии вредных привычек и профессиональных вредностей, аллергических реакциях и т. п.

2.3.2. Предоставить информацию для связи с (адрес электронной почты, номера телефонов, фактический адрес проживания).

2.3.3. До начала оказания медицинских услуг оформить письменно: «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации», «Согласие на обработку персональных данных». Указанные в настоящем пункте согласия оформляются в одном экземпляре и содержатся в медицинской документации Пациента.

2.3.4. Выполнять все назначения врача неукоснительно и добросовестно.

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

2.3.6. В случае необходимости получения дополнительной услуги ознакомиться со стоимостью дополнительной услуги по Прейскуранту цен на оказание платных медицинских услуг 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.

2.3.7. Предоставить Клинике соответствующие документы и оказать необходимое содействие по осуществлению оплаты медицинских услуг по экстракорпоральному оплодотворению за счет ОМС.

2.3.8. Взять на себя ответственность за согласование между собой (между Пациенткой и Пациентом) предлагаемых Клиникой методов лечения. Клиника не несет ответственность за последствия, связанные с наличием разногласий между Пациенткой и пациентом.

2.3.9. Выполнять требования Клиники, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

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

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Требовать предоставления сведений о наличии лицензии и иной информации, определенной нормами действующего законодательства.

2.4.2. Рассчитывать на оказание квалифицированной медицинской помощи в объеме, определенной программой экстракорпорального оплодотворения по ОМС, в соответствии с требованиями в области здравоохранения.

2.4.3. Получать в доступной для него (для них) форме имеющуюся информацию о состоянии своего (их) здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его 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.

2.4.4. Отказаться от получения информации о состоянии своего здоровья.

2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну, Пациент определяет перечень лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после смерти

2.4.6. Реализовывать иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг по экстракорпоральному оплодотворению оплачиваются в размере согласно утвержденному в соответствии с действующим законодательством РФ тарифу за счет средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области.

3.2. Стоимость дополнительных медицинских услуг оплачиваются Пациентом в соответствии с Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг Клиники. В данном случае расчеты производятся в виде 100% предоплаты в день подписания дополнительного соглашения. Оказываемые по настоящему Договору дополнительные медицинские услуги могут быть оплачены за Пациента другим заинтересованным физическим (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 лицу, осуществившему оплату.

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

3.4. В случае если Пациент не использовал какие-либо дополнительные медицинские услуги, по вине Клиники или оказание услуг было прервано по медицинским показаниям, стоимость подлежит перерасчету. Разница между стоимостью оказанных услуг и суммой оплаты подлежит возврату или зачету по другому договору, заключенному между Клиникой и Пациентом.

4. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Срок выполнения обязательства по предоставлению медицинской услуги определяется периодом проведения программы по экстракорпоральному оплодотворению с учетом медицинской специфики и состояния здоровья Пациента с момента обращения Пациента до завершения программы по экстракорпоральному оплодотворению.

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

4.2.1. при наступлении или выявлении обстоятельств, определенных п. 1.10;

4.2.2. при нарушении Пациентом принятых на себя обязательств по настоящему Договору.

4.3. В случае одностороннего досрочного расторжения Договора Пациентом, уплаченные денежные средства за дополнительные услуги по применению вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), не включенных в программу по экстракорпоральному оплодотворению по ОМС, возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных услуг.

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 РФ.

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. 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 согласии на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации. 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 информации о супруге в настоящем Договоре и Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации, 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.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Все возникшие претензии и споры, связанные с исполнением настоящего Договора, Стороны решают путем переговоров. В случае не урегулирования спора мирным путём, все разногласия между Сторонами разрешаются в установленном законом порядке.

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 обеими Сторонами. Соответствующие дополнительные соглашения Сторон, заявления и согласия Пациента являются неотъемлемой частью Договора.

6.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он ознакомлен с действующим Перечнем видов работ (услуг) выполняемых согласно Лицензии и Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг Клиники: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

6.5. Пациент уведомлен о том, что все граждане РФ могут получить лечение бесплодия с применением методов ВРТ бесплатно за счет средств бюджета ОМС в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют указанные услуги в объеме и порядке, установленном действующим законодательством.

6.6. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:
- Приложение № 1 «Основной перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации».

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; e-mail: info.embio@mail.ru; сайт: www.omsk-embio.ru

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

Пациент:

Пациентка

дата рождения _____ паспорт серия _____, номер _____ выдан (кем, когда) _____,
проживающая по адресу _____

Пациент

дата рождения _____ паспорт серия _____, номер _____ выдан (кем, когда) _____,
проживающий по адресу _____
Домашн.тел. _____; сот. тел. женщины _____; сот. тел. мужчины _____

Подпись пациентки: _____ / _____ /

Подпись пациента: _____ / _____ /

Основной перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации:

- туберкулез;
- острые гепатиты А, В, С, 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 В-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);
- болезни органов дыхания в случае развития тяжелой дыхательной недостаточности, независимо от характера первичной легочной патологии и/или легочной гипертензии;
- сахарный диабет с комой, кетоацидозом, с прогрессирующей пролиферативной ретинопатией, с терминальной почечной недостаточностью на заместительной почечной терапии при невозможности трансплантации почки,
- гиперпаратиреоз и другие нарушения паращитовидной (околощитовидной) железы;
- некоторые психические расстройства;
- тяжелые инвалидизирующие некурабельные заболевания нервной системы различной этиологии, сопровождающиеся выраженными двигательными, психическими расстройствам;
- осложненные ревматические пороки сердца;
- кардиомиопатии;
- болезни сосудов;
- болезни мочеполовой системы (острый, быстро прогрессирующий, хронический в стадии обострения нефритический синдром; почечная недостаточность неуточненная, хроническая болезнь почек);
- пузырный занос, в том числе перенесенный ранее (не менее двух лет)
- врожденные аномалии (пороки) матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности;
- врожденные пороки сердца;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
- травмы матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности.

Полный перечень противопоказаний к проведению ВРТ представлен в Приложении № 2 к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Подписи:

Пациентка _____ / _____ /

Пациент _____ / _____ /

Лечащий врач _____

