

## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № \_\_\_\_\_

к Договору № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских и иных услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации, в лице \_\_\_\_\_, действующего(-ей) на основании \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)  
состоящие / не состоящие в зарегистрированном браке (свидетельство о браке \_\_\_\_\_),

далее именуемый(-ые) Потребитель(-ли), с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение (далее – «Соглашение») к Договору № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских и иных услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20... г. (далее – «Договор») о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства произвести криоконсервацию половых клеток (сперма и/или ооциты) и/или эмбрионов (далее – «биоматериал»), принадлежащих Потребителю(-ям) и их последующее хранение на основании письменного информированного добровольного согласия на криоконсервацию (замораживание и/или хранение) биоматериала (Приложения №№ 1-5 к настоящему Соглашению являются неотъемлемой его частью по заполнении и подписании Сторонами), а Потребитель(-ли) обязуется(-ются) принять и оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями Соглашения.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Произвести криоконсервацию биоматериала надлежащим образом и в соответствии с приказом Минздрава России № 107н от 30.08.2012 «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»

2.1.2. Осуществлять хранение биоматериала в специализированном криохранилище в течение срока действия Соглашения в соответствии п.п. 5.1 - 5.3.

2.1.3. Предоставить Потребителю(-ям) полную и достоверную информацию о процедурах криоконсервации и хранения биоматериала, проводимых в рамках Соглашения.

2.1.4. Обеспечить соблюдение врачебной тайны о Потребителе(-ях), а также не передавать персональные данные Потребителя(-ей) третьим лицам без его/их согласия, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получить от Потребителя(-ей) полную и достоверную информацию в объеме, необходимом для надлежащего оказания услуг по Соглашению.

2.2.2. Привлекать соисполнителей для оказания услуг по Соглашению.

2.2.3. В случае истечения срока действия Соглашения и отсутствии оплаты Потребителем(-ями) услуг по дальнейшему хранению биоматериала утилизировать биоматериал в установленном порядке после письменного извещения Потребителя(-ей). Для извещения Потребителя(-ей) Исполнитель не менее чем за 1 (Один) календарный месяц до истечения срока действия Соглашения направляет Потребителю(-ям) заказным(-и) письмом(-ами) уведомление об истечении срока действия Соглашения. Потребитель(-ли) считается(-ются) уведомленным(-ми) надлежащим образом по истечении 1 (Одного) календарного месяца после даты сдачи письма(-ем) Исполнителем в почтовое отделение для отправки. Письменным извещением Потребителя(-ей) также считается(-ются) извещение(-я), переданное(-ые) Исполнителем на адрес(-а) электронной почты Потребителя(-ей), указанный(-ые) Потребителем(-ями) в разделе 8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН Соглашения. В этом случае Потребитель(-ли) считается(-ются) уведомленным(-и) по истечении 1 (Одного) календарного месяца с даты отправки извещения по электронной почте.

2.3. Потребитель(-ли) обязуется(-ются):

2.3.1. Сообщить Исполнителю все сведения, необходимые для оказания услуг по Соглашению.

2.3.2. Ознакомиться и подписать все документы, необходимые для исполнения Соглашения, в том числе необходимые информированные добровольные согласия установленной формы (Приложения к Соглашению), которые являются неотъемлемой частью Соглашения.

2.3.3. Своевременно и в полном объеме оплачивать услуги, оказываемые исполнителем по Соглашению.

2.3.4. В период действия Соглашения информировать Исполнителя об изменениях адреса(-ов), телефона(-ов), паспортных данных в течение 7 (Семи) рабочих дней после получения информации об изменениях.

2.3.5. Соблюдать условия Соглашения, а также выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

2.4. Потребитель(-ли) имеет(ют) право:

2.4.1. Продлевать срок хранения биоматериала по Соглашению, при условии полной и своевременной оплаты стоимости услуг по его хранению.

2.4.2. Расторгнуть Соглашение в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Соглашению (п. 5.2.).

2.4.3. Получить биоматериал на руки в соответствии с п. 6.1 настоящего договора.

### 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость услуг, оказываемых Исполнителем Потребителю(-ям) по Соглашению, определяется тарифами на платные медицинские и иные услуги, устанавливаемыми Исполнителем и действующими на момент оплаты услуг.

3.2. Тарифы на платные медицинские и иные услуги вывешиваются на информационном стенде в кабинете платных услуг Исполнителя, размещаются на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет и могут изменяться Исполнителем в течение срока действия Соглашения в одностороннем порядке.

3.3. Потребителю(-ям) может предоставляться скидка от действующих тарифов на платные медицинские и иные услуги. Условия и порядок предоставления скидок устанавливаются приказом Исполнителя, который вывешивается на информационном стенде в кабинете платных услуг.

3.4. Оплата услуг производится Потребителем(-ями) до оказания услуг (аванс в размере 100 %) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке (банковской картой или иным способом) на счет Исполнителя. Обязательства Потребителя(-ей) по оплате услуг считаются исполненными при зачислении безналичных денежных средств на счет Исполнителя или при внесении их наличными в кассу Исполнителя.

3.5. В случае досрочного расторжения Соглашения, Потребителю(-ям), оплатившему(-им) услуги по хранению биоматериала в соответствии с п. 1.3, п. 1.4, п. 3.1, п. 3.4. п. 5.1. Соглашения, возвращается оплаченная стоимость услуг по хранению за вычетом платы за весь срок фактического хранения биоматериала.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Соглашению Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. За просрочку Потребителем(-ями) платежей (п. 3.4) Исполнитель, после письменного предъявления претензии, имеет право взыскать с Потребителя(-ей) пеню в размере 0,1 % от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки.

4.3. В случае непредоставления, предоставления недостоверной или неполной информации Потребителем(-ями) о его/их состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, операциях и т.д., ответственность за неблагоприятные последствия этого для состояния здоровья Потребителя(-ей) и другие неблагоприятные последствия, возникшие в результате проведения процедур, указанных в п. 1.1. Соглашения, полностью возлагается на Потребителя(-ей).

4.4. При возникновении конфликтных ситуаций Стороны принимают все меры к их разрешению путем переговоров, в том числе, при необходимости, с привлечением независимых экспертов. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров он подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Соглашению, если оно явилось следствием природных явлений, аварий, стихийных бедствий, террористических актов, военных действий, эпидемий, запретительных мер государственных органов и прочих ситуаций, когда надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. Также Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение своих обязательств по Соглашению при наличии и/или возникновении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены. Стороны обязуются своевременно извещать друг друга о возникновении и прекращении указанных в настоящем пункте Соглашения обстоятельств.

### 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАШЕНИЯ

5.1. Соглашение вступает в силу с момента первой оплаты услуг Потребителем(-ями) и действует по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. включительно. В случае последующего продления Потребителем(-ями) сроков хранения биоматериала с соответствующей оплатой хранения за пределы этого срока срок действия Соглашения продляется соответственно.

5.2. Соглашение может быть расторгнуто по желанию Потребителя(-ей) путем направления Исполнителю письменного уведомления о расторжении Соглашения в срок не менее чем за 1 (Один) календарный месяц до предполагаемой даты его расторжения.

5.3. Все изменения и дополнения к Соглашению действительны и являются неотъемлемой его частью только при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

### 6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. По истечении срока хранения биоматериала, либо в случае досрочного прекращения хранения, биоматериал может быть выдан на руки Потребителю(-ям) в соответствии с его/их оформленным в виде письменного заявления волеизъявлением, либо иному уполномоченному Потребителем(-ями) надлежащим образом лицу.

6.2. Потребитель(-ли) уведомлен(-ы) о том, что неиспользованные половые клетки (сперма, ооциты), а также эмбрионы, в том числе после успешного завершения программы ЭКО (рождения ребенка, детей), прошедшие криоконсервацию, хранятся в течение срока, оплаченного Потребителем(-ями). По свободному решению и на основании письменного заявления Потребителя(-ей) эти половые клетки, а также эмбрионы могут быть использованы для донации другим пациентам Исполнителя. Если по истечении оплаченного срока хранения и при отсутствии заявления Потребителя(-ей) о разрешении на донацию половых клеток, эмбрионов другим пациентам Потребитель(-ли) не выражает(-ют) Исполнителю в письменной форме

свою волю на получение биоматериала на руки либо на распоряжение им иным способом, Исполнитель имеет право на утилизацию этих половых клеток, эмбрионов в установленном порядке.

### 7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Все приложения, изменения и дополнения к Соглашению оформляются в письменной форме, являются неотъемлемой его частью и вступают в силу с момента подписания их Сторонами, если иное не предусмотрено Соглашением.

7.2. В части, не предусмотренной Соглашением, Стороны руководствуются условиями Договора и законодательством Российской Федерации.

7.3 Соглашение составлено в 2-х (Двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

### 8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ФГБУ «Поликлиника № 3»;  
Адрес: 129090, г. Москва, Грохольский пер., д. 31;  
Тел. (495) 680-75-55; Адрес сайта: <http://www.pudp.ru/>  
ИНН/КПП 7708021233/770801001; ОГРН 1027700358707;  
УФК по г. Москве (ФГБУ «Поликлиника № 3»  
л/с 20736Х43460),  
ГУ Банка России по ЦФО, р/с 40501810845252000079  
БИК 044525000, КБК 000000000000000000130  
ОКАТО 4528656500; ОКТМО 45378000

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(наименование должности)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Медрегистратор \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

#### ПОТРЕБИТЕЛЬ(-И):

Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

(кем,

когда)

Зарегистрирован(-а) по адресу: \_\_\_\_\_

Фактическое место жительства: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

(кем,

когда)

Зарегистрирован(-а) по адресу: \_\_\_\_\_

Фактическое место жительства: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 1  
к Дополнительному соглашению  
№ \_\_\_\_\_  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.  
к Договору № \_\_\_\_\_  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

супружеской пары на криоконсервацию (замораживание и/или хранение) эмбрионов

Мы, супруги:

жена (Фамилия, Имя, Отчество) \_\_\_\_\_,

дата рождения \_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_

муж (Фамилия, Имя, Отчество) \_\_\_\_\_,

дата рождения \_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_

свидетельство о браке: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдано (кем, когда) \_\_\_\_\_

просим произвести криоконсервацию (замораживание и/или хранение) \_\_\_\_\_ (количество) эмбрионов на срок \_\_\_\_\_ месяцев.

Дата крио «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,

хранение до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

и подтверждаем, что:

Нам разъяснены и нами поняты необходимость, особенности и порядок проведения криоконсервации (замораживание и/или хранение) эмбрионов (далее «биоматериал») с помощью криопротекторов и специальных программ, хранения в специальных промаркированных пластиковых соломинках или специальных маркированных полимерных пробирках, помещенных в жидкий азот, и размораживание по специальной программе.

Мы предупреждены о том, что после криоконсервации (замораживание и/или хранение) и размораживания биоматериал может быть непригоден для применения при лечении методами вспомогательных репродуктивных технологий, что зависит от его индивидуальных особенностей, которые не могут быть установлены до криоконсервации (замораживание, хранение) и размораживания.

Нам разъяснено и нами понято, что последующее лечение методами вспомогательных репродуктивных технологий с применением размороженного после криоконсервации (замораживание и/или хранения) биоматериала может оказаться безрезультатным, что наступившая беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться, что может родиться ребенок (дети) с аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, а также разъяснены и поняты иные аспекты последствий данного лечения.

Нам разъяснено и нами понято, что частота врожденных и наследственных заболеваний у детей, родившихся после лечения бесплодия различными методами ВРТ с применением размороженного после криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала не отличается от частоты этой патологии в популяции.

Мы предупреждены о том, что на день подписания настоящего информированного согласия в медицинской науке и практике не имеется данных о возможности или отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания, хранения и размораживания биоматериала для здоровья будущего ребенка.

Мы предупреждены, что хранение замороженных эмбрионов осуществляется сотрудниками ФГБУ «Поликлиника № 3». Однако существует потенциальный риск нарушения условий хранения в случае стихийного бедствия, аварии, криминального акта. Мы подтверждаем, что в этих случаях ФГБУ «Поликлиника № 3» не несет ответственность за гибель замороженного биоматериала.

Мы решили, что хранение наших эмбрионов может быть прекращено ранее указанного срока или срок хранения может быть продлен, и определяем свою волю нашими подписями в соответствующей строке:

по письменному заявлению одного из супругов

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (муж)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.)

по письменному заявлению обоих супругов

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (муж)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.)

Мы понимаем важность и обязуемся письменно заявить об изменении сроков хранения и использования замороженных эмбрионов в случае изменения наших личных обстоятельств.

Мы информированы, что для продления срока хранения эмбрионов нам необходимо указать в этом согласии новый срок хранения и оплатить его.

**Мы информированы, что по истечении указанного в данном согласии срока хранения эмбрионов их хранение будет прекращено, а эмбрионы утилизированы в установленном порядке вне зависимости от причин, помешавших нам продлить срок хранения.**

Мы предупреждены, что по окончании срока хранения, установленного Соглашением, ФГБУ «Поликлиника № 3» не берет на себя обязательства по уведомлению Потребителей об окончании срока действия Соглашения.

При возникновении нижеперечисленных обстоятельств мы определяем свою волю нашими подписями в соответствующей строке:

**в случае смерти жены:**

- судьба эмбрионов определяется мужем

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (муж)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.)

- судьба эмбрионов определяется ФГБУ «Поликлиника № 3»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (муж)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.)

- эмбрионы должны быть утилизированы

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (муж)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.)

**в случае смерти мужа:**

- судьба эмбрионов определяется женой

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (муж)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.)

- судьба эмбрионов определяется ФГБУ «Поликлиника № 3»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (муж)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.)

- эмбрионы должны быть утилизированы

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (муж)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.)

Нам разъяснен порядок проведения процедуры оценки и отбора пригодного для криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала, оценки размороженного биоматериала и мы даем своё добровольное согласие на проведение криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала.

В случае рождения ребенка (детей) после переноса размороженных эмбрионов, мы вместе или каждый по отдельности обязуемся взять на себя права и обязанности по его (их) воспитанию и содержанию, определенные законодательством Российской Федерации.

Мы подтверждаем, что внимательно прочли и поняли всю информацию о **криоконсервации (замораживание и/или хранение) эмбрионов**, предоставленную нам работниками *ФГБУ «Поликлиника № 3»*, и имели возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные нам вопросы. На все заданные вопросы мы получили удовлетворившие нас и понятые нами ответы. Наше решение является свободным, осозанным, добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала**.

Оплата вышеуказанного лечения/процедуры производится в соответствии с действующими на дату оплаты тарифами *ФГБУ «Поликлиника № 3»* (по наличному или безналичному расчету), установленными *ФГБУ «Поликлиника № 3»*. Адрес(-а) и/или телефон(-ы), по которым *ФГБУ «Поликлиника № 3»* может сообщить важную для нас информацию:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Мы несем полную ответственность за достоверность всех сведений, предоставленных нами работникам *ФГБУ «Поликлиника № 3»*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (муж); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу(-сим) продлить хранение на срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (муж); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу(-сим) продлить хранение на срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (муж); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу(-сим) продлить хранение на срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (муж); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу(-сим) продлить хранение на срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (муж); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (жена)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

Приложение № 2  
к Дополнительному соглашению  
№ \_\_\_\_\_  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.  
к Договору № \_\_\_\_\_  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на криоконсервацию (замораживание и/или хранение) эмбрионов**

Мы, не состоящие в зарегистрированном браке:

женщина (Фамилия, Имя, Отчество): \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_

мужчина (Фамилия, Имя, Отчество): \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_

просим произвести **криоконсервацию (замораживание и/или хранение)** \_\_\_\_\_ (количество) эмбрионов на срок \_\_\_\_\_ месяцев.

Дата крио « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,

хранение до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

и подтверждаем, что:

Нам разъяснены и нами поняты необходимость, особенности и порядок проведения **криоконсервации (замораживание и/или хранение) эмбрионов, (далее «биоматериал»)** с помощью криопротекторов и специальных программ, хранения в специальных промаркированных пластиковых соломинках или специальных маркированных полимерных пробирках, помещенных в жидкий азот, и **криоконсервации (размораживание)** по специальной программе.

Мы предупреждены о том, что после **криоконсервации (замораживание и/или хранение) и размораживания** биоматериал может быть непригоден для применения при лечении методами вспомогательных репродуктивных технологий, что зависит от его индивидуальных особенностей, которые не могут быть установлены до **криоконсервации (замораживание и/или хранение) и размораживания**.

Нам разъяснено и нами понято, что последующее лечение методами вспомогательных репродуктивных технологий с применением **размороженного после криоконсервации (замораживание и/или хранения) биоматериала** может оказаться безрезультатным, что наступившая беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться, что может родиться ребенок (дети) с аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, а также разъяснены и поняты иные аспекты последствий данного лечения.

Нам разъяснено и нами понято, что частота врожденных и наследственных заболеваний у детей, родившихся после лечения бесплодия различными методами ВРТ с применением размороженного после **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала** не отличается от частоты этой патологии в популяции.

Мы предупреждены о том, что на день подписания настоящего информированного добровольного согласия в медицинской науке и практике не имеется данных о возможности или отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания, хранения и размораживания биоматериала для здоровья будущего ребенка.

Мы предупреждены, что хранение замороженных эмбрионов осуществляется работниками *ФГБУ «Поликлиника № 3»*. Однако существует потенциальный риск нарушения условий хранения в случае стихийного бедствия, аварии, криминального акта. Мы подтверждаем, что в этих случаях *ФГБУ «Поликлиника № 3»* не несет ответственность за гибель замороженного биоматериала.

Мы решили, что хранение наших эмбрионов может быть прекращено ранее указанного срока или срок хранения может быть продлен, и определяем свою волю нашими подписями в соответствующей строке:



по письменному заявлению одного из нас

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (мужчина)

(подпись)

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.)



по письменному заявлению обоих

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (мужчина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

Мы понимаем важность и обязуемся письменно заявить об изменении сроков хранения и использования замороженных эмбрионов в случае изменения наших личных обстоятельств.

Мы информированы, что для продления срока хранения эмбрионов нам необходимо указать в этом согласии новый срок хранения и оплатить его.

**Мы информированы, что по истечении указанного в данном согласии срока хранения эмбрионов их хранение будет прекращено, а эмбрионы утилизированы в установленном порядке вне зависимости от причин, помешавших нам продлить срок хранения.**

Мы предупреждены, что по окончании срока хранения, установленного Соглашением, **ФГБУ «Поликлиника № 3» не берет на себя обязательства по уведомлению Потребителей об окончании срока действия Соглашения.**

При возникновении нижеперечисленных обстоятельств мы определяем свою волю нашими подписями в соответствующей строке:

**в случае смерти женщины:**

- судьба эмбрионов определяется мужчиной

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (мужчина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

- судьба эмбрионов определяется ФГБУ «Поликлиника № 3»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (мужчина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

- эмбрионы должны быть утилизированы

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (мужчина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

**в случае смерти мужчины:**

- судьба эмбрионов определяется женщиной

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (мужчина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

- судьба эмбрионов определяется ФГБУ «Поликлиника № 3»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (мужчина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

- эмбрионы должны быть утилизированы

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (мужчина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.)

Нам разъяснен порядок проведения процедуры оценки и отбора пригодного для **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала**, оценки размороженного биоматериала и мы даем своё добровольное согласие на проведение **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала**.

В случае рождения ребенка (детей) после переноса размороженных эмбрионов, мы вместе или каждый по отдельности обязуемся взять на себя права и обязанности по его (их) воспитанию и содержанию, определенные законодательством Российской Федерации.

Мы подтверждаем, что внимательно прочли и поняли всю информацию о **криоконсервации (замораживание и/или хранение) эмбрионов**, предоставленную нам работниками **ФГБУ «Поликлиника № 3»**, и имели возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные нам вопросы. На все заданные вопросы мы получили удовлетворившие нас и понятые нами ответы. Наше решение является свободным, осознанным, добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала**.

Оплата вышеуказанного лечения/процедуры производится в соответствии с действующими на дату оплаты тарифами ФГБУ «Поликлиника № 3» (по наличному или безналичному расчету), установленными ФГБУ «Поликлиника № 3». Адрес(-а) и/или телефон(-ы), по которым ФГБУ «Поликлиника № 3» может сообщить важную для нас информацию:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Мы несем полную ответственность за достоверность всех сведений, предоставленных нами работникам ФГБУ «Поликлиника № 3»**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (мужчина); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

**Врач (эмбриолог)** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/  
(подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

**Прошу(-сим) продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (мужчина); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

**Врач (эмбриолог)** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/  
(подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

**Прошу(-сим) продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (мужчина); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

**Врач (эмбриолог)** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/  
(подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

**Прошу(-сим) продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (мужчина); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

**Врач (эмбриолог)** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/  
(подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

**Прошу(-сим) продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (мужчина); \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ (женщина)  
(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

**Врач (эмбриолог)** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/  
(подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

Приложение № 3  
к Дополнительному соглашению  
№ \_\_\_\_\_  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.  
к Договору № \_\_\_\_\_  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

**женщины, не состоящей в браке, на криоконсервацию (замораживание и/или хранение) эмбрионов**

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_ рождения, паспорт \_\_\_\_\_

(день, месяц, год)

(номер, серия, когда

\_\_\_\_\_ ,

и кем выдан)

зарегистрированная / проживающая по адресу \_\_\_\_\_

прошу произвести **криоконсервацию (замораживание и/или хранение)** \_\_\_\_\_ (количество) эмбрионов на срок \_\_\_\_\_ месяцев.

Дата крио « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,

хранение до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

и подтверждаю, что:

Мне разъяснены и мною поняты необходимость, особенности и порядок проведения **криоконсервации (замораживание и/или хранение) эмбрионов (далее «биоматериал»)** с помощью криопротекторов и специальных программ, хранения в специальных промаркированных пластиковых соломинках или специальных маркированных полимерных пробирках, помещенных в жидкий азот, и **размораживания** по специальной программе.

Я предупреждена о том, что после **криоконсервации (замораживание и/или хранение) и размораживания** биоматериал может быть непригоден для применения при лечении методами вспомогательных репродуктивных технологий, что зависит от его индивидуальных особенностей, которые не могут быть установлены до **криоконсервации (замораживание и/или хранения) и размораживания**.

Мне разъяснено и мною понято, что последующее лечение методами вспомогательных репродуктивных технологий с применением **размороженного после криоконсервации (замораживание и/или хранения) биоматериала** может оказаться безрезультатным, что наступившая беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться, что может родиться ребенок (дети) с аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, а также разъяснены и поняты иные аспекты последствий данного лечения.

Мне разъяснено и мною понято, что частота врожденных и наследственных заболеваний у детей, родившихся после лечения бесплодия различными методами ВРТ с применением размороженного после **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала** не отличается от частоты этой патологии в популяции.

Я предупреждена о том, что на день подписания настоящего информированного согласия в медицинской науке и практике не имеется данных о возможности или отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания, хранения и размораживания биоматериала для здоровья будущего ребенка.

Я предупреждена, что хранение замороженных эмбрионов осуществляется работниками *ФГБУ «Поликлиника № 3»*. Однако существует потенциальный риск нарушения условий хранения в случае стихийного бедствия, аварии, криминального акта. Я подтверждаю, что в этих случаях *ФГБУ «Поликлиника № 3»* не несет ответственность за гибель замороженного биоматериала.

Я решила, что хранение моих эмбрионов может быть прекращено раньше указанного срока или продлено, и определяю свою волю своей подписью \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /.

(подпись)

(Ф.И.О.)

Я понимаю важность и обязуюсь письменно заявить об изменении сроков хранения и использования замороженных эмбрионов в случае изменения моих личных обстоятельств.

Я информирована, что по истечении указанного в данном согласии срока хранения эмбрионов хранение будет прекращено, а эмбрионы утилизированы в установленном порядке вне зависимости от причин, помешавших мне продлить срок хранения.

Я предупреждена, что по окончании срока хранения, установленного Соглашением, ФГБУ «Поликлиника № 3» не берет на себя обязательства по уведомлению Потребителя об окончании срока действия Соглашения.

Мне разъяснен порядок проведения процедуры оценки и отбора биоматериала, пригодного для криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала, оценки размороженного биоматериала и я даю своё добровольное согласие на проведение криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала.

При возникновении ниже перечисленных обстоятельств я определяю свою волю своей подписью в соответствующей строке:

**в случае моей смерти или утраты дееспособности**

- судьба эмбрионов определяется \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество; зарегистрирован/проживает; телефон)

(подпись)

(Ф.И.О.)

- судьба эмбрионов определяется ФГБУ «Поликлиника № 3»

(подпись)

(Ф.И.О.)

- эмбрионы должны быть утилизированы

(подпись)

(Ф.И.О.)

В случае рождения ребенка (детей) после переноса размороженных эмбрионов, я обязуюсь взять на себя права и обязанности по его (их) воспитанию и содержанию, определенные законодательством Российской Федерации.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию о криоконсервации (замораживание и/или хранение) эмбрионов предоставленную мне работниками ФГБУ «Поликлиника № 3», и имела возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня и понятные мною ответы. Мое решение является свободным, осознанным, добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение данной процедуры криоконсервации (замораживание и/или хранение) эмбрионов.

Оплата вышеуказанного лечения/процедуры производится в соответствии с действующими на дату оплаты тарифами ФГБУ «Поликлиника № 3» (по наличному или безналичному расчету), установленными ФГБУ «Поликлиника № 3». Адрес(-а) и/или телефон(-ы), по которым ФГБУ «Поликлиника № 3» может сообщить важную для меня информацию:

Я несу полную ответственность за достоверность всех сведений, предоставленных мною работникам ФГБУ «Поликлиника № 3»

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

Приложение № 4  
к Дополнительному соглашению  
№ \_\_\_\_\_  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.  
к Договору № \_\_\_\_\_  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

### женщины на криоконсервацию (замораживание и/или хранение) ооцитов

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_ рождения, паспорт \_\_\_\_\_

(день, месяц, год)

(номер, серия, когда

\_\_\_\_\_

и кем выдан)

зарегистрированная / проживающая по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

прошу произвести криоконсервацию (замораживание и/или хранение) \_\_\_\_\_ (количество) моих ооцитов (далее – «биоматериал») и хранение их до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я знаю, что ооциты после криоконсервации (замораживания и/или хранения) и размораживания могут быть непригодны для оплодотворения, что оплодотворение размороженных ооцитов возможно только методом ИКСИ, что наступление беременности после переноса 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 криоконсервации (замораживания и/или хранения) и размораживания ооцитов для здоровья будущего ребенка.

Мне разъяснено и мною понято, что последующее лечение методами вспомогательных репродуктивных технологий с применением размороженных после криоконсервации (замораживания и/или хранения) ооцитов может оказаться безрезультатным, что наступившая беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться, что может родиться ребенок (дети) с аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, а также мне разъяснены и поняты иные аспекты последствий данного лечения и согласна на проведение криоконсервации (замораживание и/или хранение) ооцитов.

Я предупреждена, что хранение замороженных ооцитов осуществляется работниками ФГБУ «Поликлиника № 3». Однако существует потенциальный риск нарушения условий хранения в случае стихийного бедствия, аварии, криминального акта. Я подтверждаю, что в этих случаях ФГБУ «Поликлиника № 3» не несет ответственность за гибель замороженного биоматериала.

Я решила, что хранение моих ооцитов может быть прекращено раньше указанного срока или срок хранения может быть продлен и определяю свою волю подписью: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Я информирована, что для продления срока хранения ооцитов мне необходимо указать в настоящем согласии новый срок хранения и произвести оплату хранения.

При возникновении ниже перечисленных обстоятельств я определяю свою волю подписью в соответствующей строке:  
**в случае моей смерти или утраты дееспособности**

- судьба ооцитов определяется \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество; зарегистрирован/проживает; телефон)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

- судьба ооцитов определяется ФГБУ «Поликлиника № 3»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

- ооциты должны быть утилизированы

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

Я понимаю важность и обязуюсь письменно заявить об изменении сроков хранения и использования замороженных ооцитов в случае изменения моих семейных обстоятельств.

Я информирована, что по истечении указанного в данном согласии срока хранения ооцитов их хранение будет прекращено, а ооциты утилизированы в установленном порядке вне зависимости от причин, помешавших мне продлить срок хранения.

Я предупреждена, что по окончании срока хранения, установленного настоящим информированным согласием, ФГБУ «Поликлиника № 3» не берет на себя обязательства по уведомлению Потребителя об окончании срока хранения.

В случае рождения ребенка (детей) после получения эмбрионов из размороженных и оплодотворенных ооцитов, обязуюсь взять на себя права и обязанности по его (их) воспитанию и содержанию, определенные законодательством Российской Федерации.

Заявляю, что изложила врачу все известные мне данные о состоянии моего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию о процедуре, предоставленную мне работниками ФГБУ «Поликлиника № 3», и имела возможность обсудить с врачом и эмбриологом 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.

Оплата вышеуказанного лечения/процедуры производится в соответствии с действующими на дату оплаты тарифами ФГБУ «Поликлиника № 3» (по наличному или безналичному расчету), установленными ФГБУ «Поликлиника № 3».

Адрес(-а) и/или телефон(-ы), по которым ФГБУ «Поликлиника № 3» может сообщить важную для меня информацию:

Я несу полную ответственность за достоверность всех сведений, предоставленных мною работникам ФГБУ «Поликлиника № 3»

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу продлить хранение на срок до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу продлить хранение на срок до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу продлить хранение на срок до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20.. г.

Приложение № 5  
к Дополнительному соглашению  
№ \_\_\_\_\_  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.  
к Договору № \_\_\_\_\_  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на криоконсервацию (замораживание и/или хранение) спермы**

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_ рождения, паспорт \_\_\_\_\_

(день, месяц, год)

(номер, серия, когда

\_\_\_\_\_

и кем выдан)

зарегистрированный / проживающий по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

прошу произвести криоконсервацию (замораживание и/или хранение) моей спермы (далее – «биоматериал») и ее хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., использовать мою сперму в течение указанного срока хранения для пациентки

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_ рождения, паспорт \_\_\_\_\_

(день, месяц, год)

(серия, номер, когда

\_\_\_\_\_

и кем выдан)

по ее письменному заявлению об участии в программе ИИ, ЭКО и ПЭ, ИКСИ.

Я подтверждаю, что:

мне разъяснены и мною поняты необходимость, особенности и порядок проведения **криоконсервации (замораживание и/или хранение) половых клеток (спермы или сперматозоидов) (далее «биоматериал»)** с помощью криопротекторов и специальных программ, хранения в специальных промаркированных пластиковых соломинках или специальных маркированных полимерных пробирках, помещенных в жидкий азот, и **размораживание** по специальной программе.

Я предупрежден о том, что после **криоконсервации (замораживание и/или хранение) и размораживания** биоматериал может быть непригоден для применения при лечении методами вспомогательных репродуктивных технологий, что зависит от его индивидуальных особенностей, которые не могут быть установлены до **криоконсервации (замораживание и/или хранение) и размораживания**.

Мне разъяснено и мною понято, что последующее лечение методами вспомогательных репродуктивных технологий с применением **размороженного после криоконсервации (замораживание и/или хранения) биоматериала** может оказаться безрезультатным, что наступившая беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться, что может родиться ребенок (дети) с аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, а также разъяснены и поняты иные аспекты последствий данного лечения, и я согласен на проведение **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала**.

Мне разъяснено и мною понято, что частота врожденных и наследственных заболеваний у детей, родившихся после лечения бесплодия различными методами ВРТ с применением размороженного после **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала** не отличается от частоты этой патологии в популяции.

Я предупрежден о том, что на день подписания настоящего информированного согласия в медицинской науке и практике не имеется данных о возможности или отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания и/или хранения и размораживания биоматериала для здоровья будущего ребенка.

Мне разъяснен порядок проведения процедуры оценки и отбора биоматериала, пригодного для **криоконсервации (замораживание и/или хранение)**, оценки размороженного биоматериала и я даю свое добровольное согласие на проведение **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала**.

Я предупрежден, что существует потенциальный риск нарушения условий хранения в случае стихийного бедствия, аварии, криминального акта. Я подтверждаю, что в этих случаях *ФГБУ «Поликлиника № 3»* не несет ответственность за гибель замороженного биоматериала.

Я информирован, что для продления срока хранения биоматериала мне необходимо указать в этом согласии новый срок хранения и оплатить хранение.

Я обязуюсь письменно заявлять об изменении сроков хранения и использования биоматериала в случае изменения моих семейных обстоятельств.

**Я информирован, что по истечении указанного в настоящем согласии срока хранения биоматериала хранение будет прекращено, а биоматериал утилизирован вне зависимости от причин, помешавших мне продлить срок хранения.**

Я предупрежден, что по окончании срока хранения, установленного Соглашением, ФГБУ «Поликлиника № 3» не берет на себя обязательства по уведомлению Потребителя об окончании срока действия Соглашения.

При возникновении ниже перечисленных обстоятельств я определяю свою волю подписью в соответствующей строке: **в случае моей смерти или утраты дееспособности**

- судьба спермы определяется \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество; зарегистрирован/проживает; телефон)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

- судьба спермы определяется ФГБУ «Поликлиника № 3» \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

- сперма должна быть утилизирована \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

В случае условной пригодности спермы к криоконсервации (выраженная тератозооспермия, низкая концентрация сперматозоидов, сниженная подвижность сперматозоидов и т.д.) я согласен на замораживание и предупрежден о возможной непригодности спермы к использованию в программе ВРТ.

*Согласен* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

*Не согласен* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Я подтверждаю, что внимательно прочел и понял всю информацию о **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала**, предоставленную мне работниками ФГБУ «Поликлиника № 3», и имел возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получил удовлетворившие меня и понятные мною ответы. Мое решение является свободным, осозанным, добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры **криоконсервации (замораживание и/или хранение) биоматериала**.

Оплата криоконсервации (замораживание и/или хранение) и хранение биоматериала производится в соответствии с действующими на дату оплаты тарифами ФГБУ «Поликлиника № 3» (по наличному или безналичному расчету), установленными ФГБУ «Поликлиника № 3».

Адрес(-а) и/или телефон(-ы), по которым ФГБУ «Поликлиника № 3» может сообщить важную для меня информацию:

Я несу полную ответственность за достоверность всех сведений, предоставленных мною работникам ФГБУ «Поликлиника № 3».

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.

Прошу продлить хранение на срок до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач (эмбриолог) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20.. г.