



WNIOSEK O SKIEROWANIE DO PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ LECZENIA NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO DLA MIESZKAŃCÓW KRAKOWA

WNIOSEK NR	Osoba przyjmująca Wniosek
DATA WPŁYWU	
Data, pieczętka i podpis	

WNIOSKUJĄCY

PACJENTKA		PACJENT	
Imię		Imię	
Nazwisko		Nazwisko	
Data urodzenia		Data urodzenia	
PESEL		PESEL	
Dokument tożsamości (Seria, numer, kraj wydania)*		Dokument tożsamości (Seria, numer, kraj wydania)*	
*) uzupełnić tylko w przypadku braku numeru PESEL			
Nr telefonu do kontaktu		Nr telefonu do kontaktu	
Adres/y e-mail:			

Wnioskujemy o objęcie Nas dofinansowaniem, zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa.

Oświadczamy, posiadamy udokumentowane przeprowadzenie leczenia niższego rzędu lub wynik diagnostyczny potwierdzający bezpośrednie wskazania do leczenia metodami rozrodu wspomaganego.

W załączeniu przekazujemy następujące oświadczenia:

- dot. miejsca zamieszkania,
- świadomej zgody na udział w Programie
- zasad i warunków realizacji Programu
- wyrażenia zgody na poniesienie kosztów kriokonserwacji i przechowywania oocytów i/lub zarodków
- o pozostawaniu we wspólnym pożyciu
- o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych,
- dot. wywiadu medycznego oraz o udzieleniu informacji o leczeniu,

Data, czytelny podpis Pacjentki	Data, czytelny podpis Pacjenta
Data, podpis osoby odbierającej oświadczenia	

OŚWIADCZENIA PACJENTKI

Niniejszy dokument zawiera dyspozycje Pacjentki wymagane do rozpoznania wniosku o udział w Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa.

I. OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Art. 25. Kodeksu cywilnego [Miejsce zamieszkania osoby fizycznej]

Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Art. 28. Kodeksu cywilnego [Zasada jednego miejsca zamieszkania]

Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

- ✓ Ja niżej podpisana
 zamieszkała pod adresem
 oświadczam, że miejscem mojego zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego jest Miasto Kraków.

Data, czytelny podpis Pacjentki

II. OŚWIADCZENIE O POSIADANIU PEŁNEJ ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH

Jestem pełnoletni i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Data, czytelny podpis Pacjentki

III. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYWIADU MEDYCZNEGO

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie podczas wywiadu medycznego są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Data, czytelny podpis Pacjentki

IV. ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

- ✓ Oświadczam, że uzyskałam wyczerpujące informacje dotyczące „Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa” oraz otrzymałam satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
- ✓ Zostałam poinformowana, o tym, że Program finansowany jest ze środków Miasta Kraków.
- ✓ Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych.
- ✓ Oświadczam, że jestem świadoma, iż złożenie niniejszego wniosku i skierowanie mnie przez KrakOvi do objęcia programem nie gwarantuje mi uzyskania dofinansowania leczenia. W związku z czym, w sytuacji nieobjęcia programem nie przysługują mi z tego tytułu żadne roszczenia wobec KrakOvi, w szczególności roszczenie o obniżenie ceny zabiegu.
- ✓ Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadoma faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części.
- ✓ Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.
- ✓ Wyrażam/nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji Programu zgodnie z obowiązującym prawem.
- ✓ Wyrażam zgodę na kontakt ze mną przez podmiot realizujący Program.
- ✓ Otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

**) Odmowa wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych (w tym numeru telefonu i adresu e-mail) jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w Programie*

Data, czytelny podpis Pacjentki

Data, podpis osoby odbierającej oświadczenia

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Niniejszy dokument zawiera dyspozycje Pacjenta wymagane do rozpoznania wniosku o udział w Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa.

I. OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Art. 25. Kodeksu cywilnego [Miejsce zamieszkania osoby fizycznej]

Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Art. 28. Kodeksu cywilnego [Zasada jednego miejsca zamieszkania]

Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

- ✓ Ja niżej podpisany,
 zamieszkały pod adresem oświadczam,
 że miejscem mojego zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego jest Miasto Kraków.

Data, czytelny podpis Pacjenta

II. OŚWIADCZENIE O POSIADANIU PEŁNEJ ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH

Jestem pełnoletni i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Data, czytelny podpis Pacjenta

III. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYWIADU MEDYCZNEGO

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie podczas wywiadu medycznego są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Data, czytelny podpis Pacjenta

IV. ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

- ✓ Oświadczam, że uzyskałem wyczerpujące informacje dotyczące „Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa” oraz otrzymałem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
- ✓ Zostałem poinformowany, o tym, że Program finansowany jest ze środków Miasta Kraków.
- ✓ Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych.
- ✓ Oświadczam, że jestem świadomy, iż złożenie niniejszego wniosku i skierowanie mnie przez KrakOvi do objęcia programem nie gwarantuje mi uzyskania dofinansowania leczenia. W związku z czym, w sytuacji nieobjęcia programem nie przysługują mi z tego tytułu żadne roszczenia wobec KrakOvi, w szczególności roszczenie o obniżenie ceny zabiegu.
- ✓ Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części.
- ✓ Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.
- ✓ Wyrażam/nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji Programu zgodnie z obowiązującym prawem.
- ✓ Wyrażam zgodę na kontakt ze mną przez podmiot realizujący Program.
- ✓ Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

**) Odmowa wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych (w tym numeru telefonu i adresu e-mail) jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w Programie*

Data, czytelny podpis Pacjenta

Data, podpis osoby odbierającej oświadczenia

OŚWIADCZENIA WSPÓLNE PARY W SPRAWIE ZASAD I WARUNKÓW REALIZACJI PROGRAMU I

Niniejszy dokument zawiera dyspozycje Pary wymagane do rozpoznania wniosku o udział w Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa.

My niżej podpisani, oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani oraz wspólnie oświadczamy, że:

1. Miejscem zamieszkania Nas wnioskujących o udział w programie, zarówno kobiety, jak i mężczyzny, jest Miasto Kraków, co oznacza, że przebywamy w Krakowie z zamiarem stałego pobytu;
2. Znamy zasady finansowania procedury, w tym ceny poszczególnych badań, świadczeń zdrowotnych i usług;
3. Mieliśmy możliwość zadawania pytań i uzyskać wszelkich żądanych informacji oraz wyjaśnień od Podmiotu, w tym w zakresie postanowień i realizacji Programu a także zasad jego finansowania;
4. Znamy wysokość i zasady udzielanego przez Gminę dofinansowania do procedur określonych Programem oraz informacje o kosztach i obowiązkach jakie będą po naszej stronie, w pełni akceptujemy te ustalenia i nie będziemy w przyszłości wносить jakichkolwiek roszczeń względem Gminy;
5. Zapoznaliśmy się z Programem, jest on dla nas zrozumiały i w pełni akceptujemy jego założenia;
6. Mamy świadomość i akceptujemy to, że Gmina w ramach Programu dofinansowuje parom jedną, zindywidualizowaną procedurę medycznie wspomaganą reprodukcji i że warunkiem niezbędnym do wypłaty dofinansowania Gminy jest przeprowadzenie co najmniej wymienionych w Programie interwencji (w zależności od rodzaju procedury i sytuacji klinicznej pary). Jeżeli procedura medycznie wspomaganą reprodukcji zakończy się na wcześniejszym etapie z przyczyn medycznych lub obiektywnych i niezależnych od pary, dofinansowanie Gminy obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy terapii, przy czym do wysokości 5 000 zł brutto - w przypadku procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz do wysokości 2 500 zł brutto - w przypadku procedury adopcji zarodka;
7. Mamy świadomość tego i wyrażamy zgodę na to, że w przypadku rezygnacji przez Nas jako parę z uczestnictwa w Programie przed zakończeniem leczenia z przyczyn innych niż określone w pkt 5, a w szczególności niemedyce, jesteśmy zobowiązani sfinansować leczenie z własnych środków i dofinansowanie Gminy w takim przypadku nie przysługuje Nam i nie zostanie wypłacone;
8. Wiemy, że mamy prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie;
9. Będziemy potwierdzać wykonanie przeprowadzonej procedury w ramach Programu na formularzu sprawozdawczym;
10. Będziemy informować Podmiot o wynikach leczenia przeprowadzonego w ramach Programu, w szczególności o powodzeniu leczenia, przebiegu ciąży i porodu oraz o sytuacji zdrowotnej dziecka po narodzinach, zgodnie z postanowieniami Programu;
11. Jesteśmy świadomi i akceptujemy to, że ewentualna kriokonserwacja komórek jajowych, oocytów i/lub zarodków oraz ich przechowywanie nie są kosztami finansowymi przez Gminę i koszty te pokrywamy sami;
12. Wyrażamy zgodę na przekazywanie Gminie Miejskiej Kraków przez Podmiot danych dotyczących udziału w Programie (data rozpatrzenia przez Podmiot złożonego przez parę wniosku, adres e-mail pary, numer PESEL kobiety i numer PESEL mężczyzny, adres zamieszkania kobiety, adres zamieszkania mężczyzny, potwierdzenie, że para spełnia określone ustawą oraz Programem warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego, informacja o wyrażeniu przez parę zgody na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów a także na ewentualne pokrycie kosztów kriokonserwacji oocytów, wskazanie procedury, do której para została zakwalifikowana, wykaz badań, świadczeń zdrowotnych i usług wykonanych na rzecz pary, koszt procedury z podziałem na dofinansowanie Gminy Miejskiej Kraków i koszt własny pary) oraz wyników leczenia przeprowadzonego w ramach Programu (informacja o ciąży, informacja o tym, czy ciąża jest pojedyncza czy wielopłodowa, informacja o narodzinach, informacja o powikłaniach w postaci zespołu hiperstymulacji u pacjentek, informacja o niepowodzeniu leczenia, informacja o przyczynach niepowodzeń procedur wykonanych w ramach Programu, poziom satysfakcji uczestników Programu).
13. Otrzymaliśmy kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

Wyrażenie zgody na powyższe jest warunkiem obligatoryjnym uczestnictwa w Programie.

Data, czytelny podpis Pacjentki	Data, czytelny podpis Pacjenta
Data, podpis osoby odbierającej oświadczenia	

OŚWIADCZENIE PACJENTÓW O WSPÓLNYM POŻYCIU

Prosimy o wypełnienie tej części dokumentu w obecności pracownika Ośrodka. Odebranie od Państwa poniższych oświadczeń jest wymagane przepisami ustawy o leczeniu niepłodności.

	PACJENTKA	PACJENT
Imię i nazwisko		
Data urodzenia		
PESEL		
Rodzaj, nr i seria dowodu tożsamości		

Niniejszym zgodnie oświadczamy, że pozostajemy (proszę zaznaczyć X):

- **w związku małżeńskim;**
- **we wspólnym pożyciu;**

Data, czytelny podpis Pacjentki	Data, czytelny podpis Pacjenta
Data, podpis osoby odbierającej oświadczenia	

W przypadku planowania przeprowadzenia procedury medycznie wspomaganey prokreacji z zastosowaniem komórek rozrodczych lub zarodków pochodzących od anonimowych dawców Pacjenci (para) pozostający we wspólnym pożyciu zobowiązani są do dostarczenia do Ośrodka oświadczenia dotyczącego uznania ojcostwa, złożonego przed pracownikiem Urzędu Stanu Cywilnego. Na podstawie tego zaświadczenia komórki rozrodcze wybranego dawcy mogą zostać zastosowane w terminie 14 miesięcy od dnia złożenia tego oświadczenia w USC.

OŚWIADCZENIA W SPRAWIE PONOSZENIA KOSZTÓW KRIOKONSERWACJI OOCYTÓW I/LUB ZARODKÓW

Wyrażenie zgody na kriokonserwację i przechowywanie oocytów i/lub zarodków powstałych w efekcie przeprowadzonej w ramach Programu procedury zapłodnienia pozaustrojowego jest warunkiem obligatoryjnym uczestniczenia w Programie.

My niżej podpisani, oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani, iż:

1. zgodnie z zapisami ustawy o leczeniu niepłodności dopuszcza się zapłodnienie nie więcej niż 6 żeńskich komórek rozrodczych, chyba że ukończenie przez biorkownicę 35 roku życia lub wskazania medyczne wynikające z choroby współistniejącej z niepłodnością lub dwukrotnego nieskutecznego wcześniejszego leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego uzasadniają zapłodnienie większej ich liczby,
2. w razie uzyskania większej liczby komórek jajowych, nadliczbowe niezapłodnione komórki jajowe mogą zostać poddane procedurze mrożenia i przechowywania w celu wykorzystania w przyszłości,
3. w razie zapłodnienia mniejszej liczby komórek jajowych niż wskazana w pkt. 1 (zgodnie z wolą Pacjentów, chcących zminimalizować ilość zapłodnionych żeńskich komórek rozrodczych), możliwa jest kriokonserwacja pozostałych niezapłodnionych oocytów. Ograniczanie liczby zapłodnionych oocytów znacząco obniża skuteczność terapii - zapłodnienie jednej komórki jajowej daje szansę na urodzenie dziecka na poziomie 4,7%, co stanowi 5-/7-krotne zmniejszenie skuteczności leczenia w stosunku do sytuacji, w której takiego ograniczenia nie ma (PTMRiE, 2016). Koszt kriokonserwacji oocytów oraz koszt ich zapłodnienia w kolejnym cyklu leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego nie podlegają dofinansowaniu w ramach niniejszego Programu, pozostając kosztami własnymi Pacjentów.
4. zgodnie z rekomendacjami w leczeniu niepłodności polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych, a także mając na uwadze bezpieczeństwo położnicze kobiety oraz płodu preferowany jest transfer pojedynczy zarodka (SET), a jedynie w klinicznie uzasadnionych przypadkach dopuszczony jest transfer dwóch zarodków i w żadnym wypadku więcej niż dwóch zarodków.
5. zgodnie z ustawą o leczeniu niepłodności zarodki zdolne do prawidłowego rozwoju, które nie zostały zastosowane w procedurze medycznie wspomaganey prokreacji podlegają zamrożeniu i są przechowywane w banku komórek rozrodczych i zarodków w warunkach zapewniających ich należyłą ochronę, na koszt pacjentów:
 - a) do chwili ich wykorzystania przez pacjentów, od których pochodzą,
 - b) do chwili przekazania ich do anonimowego dawstwa zarodków przez pacjentów, od których pochodzą,
 - c) do chwili upływu określonego w umowie terminu na przechowywanie zarodków, nie dłuższego jednak niż 20 lat, licząc od dnia, w którym zarodki zostały przekazane do banku komórek rozrodczych i zarodków w celu ich przechowywania, albo,
 - d) śmierci obojga dawców zarodka albo, jeżeli zarodek został utworzony w wyniku dawstwa innego niż partnerskie - śmierci biorkownicy i jej męża lub osoby pozostającej z nią we wspólnym pożyciu.
6. zarodkiem zdolnym do prawidłowego rozwoju jest zarodek, spełniający łącznie następujące warunki:
 - a) tempo i sekwencja podziału komórek, stopień rozwoju w odniesieniu do wieku zarodka, budowa morfologiczna uprawdopodobniają prawidłowy rozwój;
 - b) nie stwierdzono u niego wady, która skutkowałaby ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą.
7. Niedopuszczalne jest niszczenie zarodków zdolnych do prawidłowego rozwoju powstałych w procedurze medycznie wspomaganey prokreacji nieprzeniesionych do organizmu biorkownicy.
8. Zarodki z mocy ustawy są przekazywane do anonimowego dawstwa zarodków:
 - a) z chwilą upływu określonego w umowie terminu na przechowywanie zarodków, nie dłuższego jednak niż 20 lat, licząc od dnia, w którym zarodki zostały przekazane do banku komórek rozrodczych i zarodków w celu ich przechowywania, albo
 - b) w przypadku śmierci obojga dawców zarodka albo jeżeli zarodek został utworzony w wyniku dawstwa innego niż partnerskie śmierci biorkownicy i jej męża lub osoby pozostającej z nią we wspólnym pożyciu.

W związku z powyższym, oświadczamy, że jesteśmy świadomi i akceptujemy to, że ewentualna procedura mrożenia komórek jajowych i/lub zarodków oraz ich przechowywanie nie są kosztami finansowanymi przez Gminę i będziemy ponosić w całości opłaty z nimi związane.

Data, czytelny podpis Pacjentki	Data, czytelny podpis Pacjenta
Data, podpis osoby odbierającej oświadczenia	



OŚWIADCZENIE PACJENTÓW O REZYGNACJI Z DALSZEGO UDZIAŁU W PROGRAMIE

Rezygnacja z dalszego udziału w „Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa”.

WNIOSKUJĄCY

PACJENTKA		PACJENT	
Imię		Imię	
Nazwisko		Nazwisko	
Data urodzenia		Data urodzenia	
PESEL		PESEL	
Dokument tożsamości (Seria, numer, kraj wydania)*		Dokument tożsamości (Seria, numer, kraj wydania)*	
*) uzupełnić tylko w przypadku braku numeru PESEL			
Nr telefonu do kontaktu		Nr telefonu do kontaktu	
Adres/y e-mail:			

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w Programie: „Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa”

Powodem rezygnacji jest*:

.....
.....
.....
.....

*Wskazanie powodu rezygnacji nie jest obowiązkowe

Data, czytelny podpis Pacjentki	Data, czytelny podpis Pacjenta
Data, podpis osoby odbierającej oświadczenia	