

**„GMINNY PROGRAM LECZENIA NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA
POZAUSTROJOWEGO DLA MIESZKAŃCÓW KRAKOWA”**

FORMULARZ WNIOSKU DLA PAR DO UDZIAŁU W 2022 ROKU

1. DANE WNIOSKODAWCÓW:

| | | |
|------------------------|-------------------------------|--|
| Dane pacjentki | Imię | |
| | Nazwisko | |
| | PESEL | |
| | Data urodzenia | |
| Dane kontaktowe | Adres zamieszkania w Krakowie | |
| | Telefon kontaktowy | |
| | Adres e-mail | |
| Dane pacjenta | Imię | |
| | Nazwisko | |
| | PESEL | |
| | Data urodzenia | |
| Dane kontaktowe | Adres zamieszkania w Krakowie | |
| | Telefon kontaktowy | |
| | Adres e-mail | |

2. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCÓW:

My, niżej podpisani wnosimy o przyjęcie do udziału w Programie Polityki Zdrowotnej Gminy Miejskiej Kraków pn. Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa i oświadczamy, że:

- 1) Zamieszkujemy miasto Kraków z zamiarem stałego pobytu.
- 2) Znamy zasady finansowania procedury, w tym ceny poszczególnych badań, świadczeń zdrowotnych i usług;
- 3) Znamy wysokość i zasady udzielanego przez Gminę dofinansowania do procedur określonych Programem oraz informacje o kosztach i obowiązkach, jakie będą po stronie pary, w pełni akceptujemy te ustalenia i nie będziemy w przyszłości wnosić jakichkolwiek roszczeń względem Gminy;
- 4) Zapoznaliśmy się z Programem i w pełni akceptujemy jego założenia;
- 5) Mamy świadomość i akceptujemy fakt, że Gmina w ramach Programu dofinansowuje parom jedną, zindywidualizowaną procedurę medycznie wspomaganą reprodukcji, a także, że warunkiem niezbędnym do wypłaty dofinansowania Gminy jest przeprowadzenie jednej z 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;
- 6) Mamy świadomość i wyrażamy zgodę, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie przed zakończeniem leczenia z przyczyn innych niż określone w pkt 5, a w szczególności niemedycznych, jesteśmy zobowiązani sfinansować leczenie z własnych środków, a dofinansowanie Gminy w takim przypadku nie przysługuje i nie zostanie wypłacone Realizatorowi;
 - 7) Wiemy o prawie do rezygnacji z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie;
 - 8) Zobowiązujemy się 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;
 - 9) Jesteśmy świadomi i akceptujemy ewentualny fakt, że kriokonserwacja komórek jajowych, oocytów i/lub zarodków oraz ich przechowywanie nie są kosztami finansowymi przez Gminę i koszty te zobowiązujemy się pokryć;
 - 10) 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, informacji 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).

Wyrażenie zgody na powyższe jest warunkiem obligatoryjnym uczestnictwa w Programie.

.....
Data, podpis pacjentki

.....
Data, podpis pacjenta