



**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.
Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**«УТВЕРЖДЕН»
приказом Директора
ФГБУ «НМИЦ АГП им.В.И.Кулакова»
Минздрава России
«___» _____ 2022 г.
N _____**

**ДОГОВОР № _____
от «___» _____ 2022 года
об оказании платных медицинских услуг по программе
«Ведение беременности»**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Центр), ИНН 7728094832, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-99-01-009598 от 13.12.2018г., выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, далее именуемый Исполнитель, в лице Климова Владимира Анатольевича, действующего на основании доверенности N _____ года, с одной стороны и ,

_____ паспорт: _____, E-mail: _____, далее именуемый(ая) Заказчик, действующий в интересах _____, именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, совместно далее именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1. Настоящий Договор на проведение лечения на возмездной основе заключен в соответствии с Правилами оказания платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Порядком направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей которых осуществляет правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы омс, утвержденного приказом Минздрава России от 23 декабря 2020 года № 1363н, и содержит стандартные условия заключения Сторонами Договора на проведение дородового наблюдения (оказание комплексной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в период беременности) на возмездной основе по программе «Ведение беременности» в амбулаторных условиях (далее - Договор) по добровольному желанию и с согласия Заказчика (Пациента).

1.2. Понятия, используемые в настоящем Договоре, соответствуют Основным понятиям, используемым в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.3. При заключении Договора Пациент в целях обеспечения исполнения Договора в обязательном порядке даёт согласие на обработку своих персональных данных в форме Заявления о согласии на обработку персональных данных (Приложение № 1 к Договору).

1.4. Исполнитель обеспечивает соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении. Стороны соблюдают конфиденциальность в отношении информации, касающейся исполнения данного Договора, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Заказчика (Пациента), обязуется оказать ему медицинские услуги по программе «Ведение беременности» **(с 8-12 недель, с 24 недель; базовый, бизнес, люкс - нужное подчеркнуть)** с фиксированной стоимостью, выбранной Заказчиком (Пациентом) и изложенной в Приложении №2, являющемся неотъемлемой частью договора (далее - Программа), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2.2. Программа предусматривает проведение комплексного обследования и наблюдения Пациента персональным врачом-акушером-гинекологом на базе Исполнителя с выработкой акушерской тактики ведения беременности и планирования родов.

2.3. Перечень и стоимость Программы устанавливается в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя с применением скидки 10%.

2.4. Договор заключается с Заказчиком (Пациентом) после проведения на базе Исполнителя ультразвукового исследования, первичной консультации врача акушера-гинеколога и оценки состояния здоровья Пациента.

2.5. Обследование Пациента, консультации специалистов, диагностические лабораторные и инструментальные исследования проводятся согласно приказу Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

2.6. Лекарственные препараты назначаются врачом Исполнителя Пациенту и приобретаются Заказчиком (Пациентом) за счет личных средств.

2.7. При возникновении необходимости проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций, не предусмотренных Программой (Приложение №2), их объем согласовывается с Заказчиком (Пациентом) дополнительно и оплачивается в соответствии с пп. 4.6 - 4.8. настоящего Договора.

2.8. В процессе оказания медицинских услуг по Договору Исполнителем не осуществляются:

- предоставление лекарственных препаратов;
- применение средств, методик, лекарств и т.п., не утвержденных Минздравом России, в т.ч. применяемых за рубежом;
- привлечение медицинского персонала из других медицинских учреждений, с которыми Исполнитель не имеет договорных отношений.

2.9. Настоящим Договором не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии следующих заболеваний и связанных с ними осложнений: особо опасные инфекции, заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним облучений, психические заболевания, венерические заболевания, неотложные состояния, являющиеся компетенцией служб «скорой помощи», травмы всех видов либо связанные с ними осложнения.

3. Порядок оказания услуг

3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресу: 117997, г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4., г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4.Б г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. корп.4.

3.2. Исполнитель оказывает услуги по Договору с 8.30 до 19.00 по будням и в субботу; в воскресенье - с 9-00 до 14.00.

3.3. Предоставление услуг по Договору в части оказания комплексной амбулаторно-поликлинической помощи происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной связи по многоканальному номеру: (495)531-44-44, системы электронной регистрации на сайте Исполнителя: www.ncagp.ru/ или при личном обращении к персональному администратору в рамках программы «Люкс». В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг по Договору устанавливается действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги в российских рублях с учетом скидки в размере 10%. Стоимость Договора является фиксированной и не подлежит изменению, кроме случаев, предусмотренных пунктами 2.7. Договора. Услуги внутри этого перечня не подлежат замене.

4.2. Стоимость услуг по Договору, предусмотренных программой и выбранной Заказчиком (Пациентом), составляет _____ (_____) рублей 00 коп.

При установлении факта многоплодной беременности стоимость программы изменяется в соответствии с повышающими коэффициентами путем умножения стоимости программы на:

коэффициент 1,2 - для двухплодной беременности

коэффициент 1,3 - для трехплодной беременности

коэффициент 1,4 - для четырехплодной беременности.

4.3. Оплата медицинских услуг по Договору производится Заказчиком (Пациентом) в день подписания Договора путём внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем проведения безналичных расчетов в виде 100% предоплаты. По согласованию сторон оплата услуг по настоящему Договору может осуществляться путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.4. Договор считается исполненным по факту достижения срока беременности 38 недель или родоразрешения в стационаре Исполнителя или ином лечебном учреждении по выбору Пациента (в зависимости от того, какое событие наступило ранее).

4.5. В случае досрочного расторжения Договора Заказчик (Пациент) оплачивает стоимость фактически оказанных услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов по выполнению условий и положений настоящего Договора. Оплаченные по договору денежные средства возвращаются Заказчику (Пациенту) за вычетом стоимости уже оказанных услуг и предоставленных по договору скидок, но не более 80% от стоимости услуг по Договору.

4.6. При прерывании беременности, в том числе по медицинским показаниям, Заказчик (Пациент) оплачивает стоимость фактически оказанных услуг по цене, установленной Прейскурантом Исполнителя.

4.7. Денежные средства возвращаются Заказчику (Пациенту) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты подачи письменного заявления о возврате денежных средств.

4.8. Если в процессе лечения обнаруживаются дополнительные данные, делающие невозможным проведение ранее определенной тактики ведения беременности, Стороны заключают дополнительное соглашение о возмездном оказании медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, которые Заказчик (Пациент) оплачивает не позднее дня окончания Программы лечения.

4.9. В случае если в процессе наблюдения будет выявлена врожденная патология плода, в соответствии с п.б. статьи 56 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 08.03.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и принятия Пациентом решения о прерывании беременности, госпитализация в стационар Исполнителя оплачивается дополнительно, в соответствии с условиями договора о возмездном оказании медицинских услуг в стационарных условиях и на основании счета и прейскуранта Исполнителя.

5. Права и обязанности

5.1. Исполнитель обязуется:

5.1.1. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги.

5.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, а также медицинские технологии, разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном законом порядке.

5.1.3. Обеспечить Заказчика (Пациента) информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне и условиях предоставления платных медицинских услуг с указанием их стоимости, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

5.1.4. Информировать Пациента о праве получения медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в медицинских учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы или иных субъектов Российской Федерации.

5.1.5. Обеспечить Пациенту возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента.

5.1.6. Согласовывать возможные дополнительные затраты (согласно Прейскуранту цен на платные медицинские услуги), связанные с предоставлением дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, необходимость проведения которых может возникнуть в процессе лечения.

5.1.7. В процессе и после окончания курса лечения выдать Пациенту соответствующие медицинские документы: выписку из индивидуальной карты беременной и родильницы формы 111/у, обменную карту, листок нетрудоспособности, в том числе по беременности и родам.

5.1.8. Хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. В случае возникновения состояний Пациента, требующих незамедлительного медицинского вмешательства, самостоятельно определять объем исследований и вмешательств.

5.2.2. В случаях несоблюдения Пациентом указаний (рекомендаций) медицинского работника Исполнителя, в том числе назначенного режима наблюдения (лечения) Пациента, Правил оказания услуг или правил внутреннего распорядка Исполнителя, лечащий врач вправе по согласованию с Главным врачом принять решение об отказе от наблюдения и лечения Пациента, если это не угрожает жизни Пациента. Решение Лечащего врача об отказе от наблюдения и лечения Пациента оформляется в письменном виде (заявление) и является основанием для расторжения Исполнителем настоящего Договора в одностороннем порядке.

5.3. Заказчик (Пациент) имеет право:

5.3.1. На свободу выбора предлагаемых и рекомендуемых Исполнителем медицинских услуг.

5.3.2. Выбор врача УЗИ Пациентом осуществляется в соответствии со списком врачей УЗИ, указанных в Приложении №3, являющимся неотъемлемой частью Договора.

5.3.3. Получать информацию о состоянии здоровья в доступной для понимания Пациента форме, учитывая отсутствие у Пациента специальных медицинских знаний, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5.3.4. На конфиденциальность информации о факте обращения Пациента за медицинской помощью, диагнозе и состоянии его здоровья.

5.3.5. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в случае невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача Исполнителя.

5.3.6. На отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий, который оформляется записью в амбулаторной карте или истории болезни и подписывается Пациентом или его представителем, а также лечащим врачом Исполнителя.

5.3.7. На отказ от получения медицинских услуг до момента начала их оказания и на возврат ранее оплаченной суммы.

5.4. Заказчик (Пациент) обязуется:

5.4.1. Оплатить стоимость медицинских услуг (п.4.2.) в сроки и в порядке, определенном настоящим договором.

5.4.1. До начала оказания ему медицинских услуг информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению лечения или использования препаратов.

5.4.2. Соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные Исполнителем для пациентов.

5.4.3. Надлежащим образом исполнять условия Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих или затрудняющих исполнение Договора.

5.4.4. Заблаговременно (не менее чем за 1 день до начала оказания запланированной услуги) информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги, оказываемой амбулаторно. В случае опоздания Пациента более чем 20 (двадцать) минут Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену запланированной услуги.

5.4.5. Возместить Исполнителю затраты, связанные с предоставлением дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, проведенных по желанию Заказчика (Пациента).

5.4.6. Строго следовать рекомендациям и исполнять предписания лечащего врача на любой стадии оказания медицинских услуг.

6. Ответственность Сторон

6.1. Ответственность Заказчика (Пациента) и Исполнителя по принятым обязательствам регулируется законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственность за результаты оказания медицинских услуг по договору в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций, требований и предписаний лечащего врача и медицинского персонала, неправомерных действий Пациента, в том числе самолечения, использования рекомендаций специалистов из сторонних организаций или иных третьих лиц, а также по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. В случае неоплаты Заказчиком (Пациентом) стоимости услуг на условиях, указанных в Договоре, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании услуг до оплаты Заказчиком (Пациентом) их стоимости.

6.4. Исполнитель несет ответственность за некачественное оказание медицинских услуг, при условии подтверждения некачественного оказания медицинских услуг, согласно положениям законодательства Российской Федерации.

7. Прочие положения

7.1. Подписывая настоящий Договор, Заказчик (Пациент) подтверждает, что в доступной для его понимания форме он был ознакомлен с объемами, сроками и условиями предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, имеет

возможность получить данные медицинские услуги в рамках программы государственных гарантий в *медицинских учреждениях Департамента здравоохранения г.Москвы или иных субъектов Российской Федерации*, но желает получить медицинскую помощь на возмездной основе в ФГБУ «НМИЦ АГП им.В.И.Кулакова» Минздрава России и готов оплатить дополнительные медицинские услуги за счет личных средств.

7.2.С письменного согласия Пациента или его официального представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

7.3.Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его официального представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю, и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.4.Пациент осведомлен о том, что предоставление Исполнителю заведомо ложных данных или недостоверных сведений о фактах, влияющих на установление состояния здоровья, может послужить причиной отказа Исполнителя от оказания медицинских услуг, определенных Договором, в одностороннем порядке.

7.5.При заключении Договора, Пациент подтверждает, что в доступной для его понимания форме он был ознакомлен о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, но желает получить медицинскую помощь, указанную в Программе на возмездной основе и готов оплатить выбранные медицинские услуги за счет личных средств.

7.6.Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что в доступной для его понимания форме был ознакомлен с тем, что согласно статистическим данным, каждая пятая из числа всех наступивших беременностей заканчивается самопроизвольным прерыванием. Из них выкидыши до 12 недель составляют около 15%, с 12-й до 22-й недели около 3%. В подавляющем большинстве случаев подобные потери беременности являются непредотвратимыми, так как обусловлены несовместимыми с жизнью патологиями у плода.

7.7.Пациент обязуется не предъявлять претензий в случае возникновения врожденных патологий у плода, которые не могут быть прогнозированы и в других случаях, которые не могут быть предотвращены в условиях современной медицины.

7.8.Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Исполнитель и Заказчик (Пациент) руководствуются законодательством Российской Федерации.

7.9.Настоящий договор составлен в двух (трех) аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова» Минздрава России

Место нахождения: 117997, г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

Тел.: 8 (495) 438-22-88

Факс: 8 (495) 438-22-88

ИНН 7728094832 КПП 772801001

ОКПО 01897475

Банковские реквизиты:

л/с 20736Х58330, 21736Х58330, 22736Х58330 УФК по г. Москве

Казначейский счет: 03214643000000017300

Единый казначейский счет: 40102810545370000003

Наименование банка: ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ г. Москва

БИК 004525988, ОКТМО 45905000

Подпись Представителя Исполнителя

_____ / _____ /

М.П.

Заказчик:

Пациент:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся/законный представитель/

Паспорт: серия номер выдан (когда и кем) 0, Проживающая по адресу:
телефон , E-mail: _____

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», ст. 92, 93 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, зарегистрированный по адресу: 117997, г. Москва, улица Академика Опарина 4, (далее -Операторы) моих персональных данных (далее - ПДн) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность) в целях оформления пропуска для прохода на охраняемую территорию (и обратно) и заключения договора оказания медицинской помощи, реквизиты полиса медицинского страхования (ОМС/ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, как передаваемые мной при заключении Договора, так и получаемые Оператором при оказании медицинских услуг, и в научных целях, а также для осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи, в т.ч. использование сервиса Мобимед и скретч-карт, СМС оповещения, электронной почты для пересылки результатов, проведенных мне исследований (анализов), при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну. Представляю Оператору право на совершение следующих действий с ПДн: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу, проходящим обучение в Центре, аспирантам и ординаторам), передачу третьим лицам (при условии, что обработка ПДн будет осуществляться лицами, обязанными сохранять конфиденциальную информацию), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие дано мной на использование следующих способов обработки ПДн: - не автоматизированная обработка; - автоматизированная обработка в информационных системах персональных данных; - смешанная обработка. Операторы вправе обрабатывать мои ПДн посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а так же договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС/ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией.

Настоящее согласие действует в течение срока действия договора и двадцати пяти лет с момента его окончания, что соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты), или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес оператора ПДн, не менее, чем за тридцать дней до даты отзыва согласия.

Я проинформирован (а) о праве на получение сведений об Операторах ПДн, праве на ознакомление с моими ПДн, праве требовать их уточнения, блокирования или уничтожения в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», до начала обработки моих персональных данных, оператор ПДн предоставил мне информацию о своем наименовании, адресе, о целях их обработки, ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПДн и, установленных законом, правах субъекта ПДн.

Настоящее согласие дано мной « _____ » « _____ » 201__ года и действует 25 (двадцать пять) лет:

(подпись) (ФИО)

ПОДПИСЬ Заказчика _____
ПОДПИСЬ Пациента _____

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ИСПОЛНИТЕЛЯ _____

Приложение №2
к Договору №__ от _____

Ведение беременности с 8-12 недель до 36 недель

Наименование услуги	Базовый
Консультация акушера-гинеколога к.м.н.,повторная	7
Консультация ЛОР врача	1
Осмотр, первичная консультация стоматолога, оформление первичной документации	1
Повторный прием врача-стоматолога	1
Консультация офтальмолога к.м.н.	1
Консультация терапевта к.м.н. (первичная)	1
Консультация терапевта к.м.н. (повторная)	1
Доплерометрия маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока	2
УЗ-исследование беременных в 11-12 недель (1 скр.), врач	1
УЗ-исследование беременных в 18-21 недель, врач	1
УЗ-исследование беременных в 30-34 недель, врач	1
УЗ-исследование беременных внеплановое, врач	2
Электрокардиография	1
Кардиотокограмма (КТГ)	2
Общий анализ мочи	7
Взятие крови из вены	8
Анализ крови клинический	3
Определение группы крови и резус-фактора	1
RW, ВИЧ, HbsAgБ, Hc V - комплекс	2
Глюкозотолерантный тест (3 исследования глюкозы в крови,сахарная нагрузка)	1
Развернутая гемостазиограмма (с агрегацией тромбоцитов)	1
D -dimer тест	1
Биохимия - 5 позиций (белок,глюкоза,креатинин,мочевина,билирубин)	2
Определение активности аспаратанинотрансферазы (АСТ)	2
Определение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ)	2
Определение тиреотропного гормона (ТТГ)	1
Взятие мазка медицинской сестрой	3
TORCH-инфекции (простой герпес,токсоплазма,цитомегаловирус,краснуха)	1
Микроскопическое исследование отделяемого из половых органов	3
Определение патогенной микрофлоры урогенитального тракта методом ПЦР(7 показателей)	1
Взятие материала на посев и чувствительность к антибиотикам	1
Скрининг I триместра: определение 3 биомаркеров	1
Предварительное заключение врача-генетика по результатам скрининга (УЗИ+биохимические маркеры)	1
Дополнительные и сервисные услуги	
Выбор врача категории В или С	
Дополнительные и сервисные услуги Выбор врача категории В или С	

Личный кабинет (получение результатов обследования он-лайн)		да
Консультация профильного специалиста при назначении лечащим врачом	1	
Перинатальный консилиум (по показаниям)	1	
Госпитализация в АО Центра без дополнительной оплаты (при условии предоставления полиса ОМС)	2	
Лекция по санитарному просвещению: подготовка к родам	6	
Коэффициент для многоплодной беременности: 1.2- двойня, 1.3 -тройня	99 600	

ПОДПИСЬ Заказчика _____
ПОДПИСЬ Пациента _____

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ИСПОЛНИТЕЛЯ _____

Приложение №3
к Договору №__ от _____

СПИСОК врачей УЗИ (категория врач):

1. Вахтеркина К.Г.
2. Гасимова Ш.Р.
3. Еремина О.В.
4. Коротченко О.Е.
5. Костюков К.В.
6. Летуновская А.Б.
7. Луньков С.С.
8. Мейтарджян А.А.
9. Назаренко Н.А.
10. Саакян Б.С.
11. Талолина О.В.
12. Федоткина Е.П.
13. Хегай Г.В.
14. Чугунова Л.А.
15. Шелесова М.Л.
16. Ярыгина Т.А.

ПОДПИСЬ Заказчика _____
ПОДПИСЬ Пациента _____

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ИСПОЛНИТЕЛЯ _____