

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

W dniu  r. w Warszawie

pomiędzy:

zamieszkałym w  przy ul.

legitymującym się dowodem osobistym:  PESEL:

zwanym dalej „Pacjentem”,

**Centrum Planowania Rodziny spółką z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą w Warszawie (adres: 02- 999 Warszawa, ul. Kazachska 5/UI, REGON: 524501334, NIP: 9512562125), zarejestrowanej w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, Wydziale Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0001020352, reprezentowaną przez Mateusza Siwika - Prezesa Zarządu, uprawnionego do reprezentacji tej spółki, zwanej dalej jako „Praktyka”,

zwanymi dalej łącznie „Stronami” lub każda z osobna także „Stroną”,  
została zawarta umowa o następującej treści:

### § 1

#### [Oświadczenia Stron]

1. Praktyka oświadcza, że:

- 1) Jest uprawniona i spełnia wszelkie wymogi niezbędne do wykonywania działalności w zakresie objętym niniejszą Umową.
- 2) Dysponuje odpowiednio wykwalifikowanym i przeszkolonym personelem, niezbędnym do prawidłowej realizacji świadczenia w zakresie objętym niniejszą Umową.
- 3) Dysponuje stosownym i w pełni sprawnym (dopuszczonym do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami) wyposażeniem oraz aparaturą medyczną, niezbędnymi do prawidłowej realizacji świadczenia w zakresie objętym niniejszą Umową.
- 4) Udzieliła Pacjentowi szczegółowych i wyczerpujących wyjaśnień.

2. Pacjent oświadcza, że:

- 1) Otrzymał informację o przebiegu zabiegu oraz dających się przewidzieć następstwach jego przeprowadzenia, przy czym przez powyższe rozumie się także zapoznanie się przez Pacjenta z informacjami opublikowanymi na stronie internetowej: <https://www.wazektomia.com>.
- 2) Podjął w pełni przemyślaną decyzję co do wykonania zabiegu wazektomii.
- 3) Został w sposób dla niego zrozumiały poinformowany i przyjmuje do wiadomości, że po zabiegu wazektomii w dużym stopniu prawdopodobieństwa nie będzie zdolny do prokreacji, przy czym prawdopodobieństwo zapłodnienia partnerki seksualnej na przestrzeni 15 lat od czasu wykonania wazektomii wynosi 0,66 (sześćdziesiąt sześć setnych) promila.
- 4) Został w sposób dla niego zrozumiały poinformowany o możliwości oddania nasienia do banku nasienia oraz o możliwości wykonania na własny koszt zabiegu rewazektomii, jak też o możliwości wykonania na własny koszt In vitro-MESA (Micro Epidydymal Sperm Aspiration – Mikrochirurgiczna Aspiracja Plemników z Najądrzy).

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

- 5) Został poinformowany i rozumie, że wazektomia nie jest natychmiast skuteczna i że musi stosować inną metodę antykoncepcji do momentu kiedy badanie nasienia potwierdzi, że wazektomia zakończyła się powodzeniem.
- 6) Otrzymał informację, że po 8 (ósmym) i po 12 (dwunastym) tygodniu od dnia zabiegu wazektomii konieczne jest wykonanie badania morfologii ejakulatu, a w przypadku wykrycia żywych plemników w pierwszym i drugim badaniu (8 i 12 tygodniu) wymagana jest korekta wazektomii i ponowne wykonanie badania w 8 (ósmym) i 12 (dwunastym) tygodniu od dnia wykonania korekty. Badania, o których mowa powyżej, Pacjent wykona na własny koszt.
- 7) Oświadcza, że podczas wywiadu i badań nie zataił istotnych informacji dotyczących jego stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób, a odpowiedzi udzielone przez niego w ankiecie, stanowiącej załącznik nr 3 (tj. ankieta pacjenta - pytania dotyczące zdrowia) do niniejszej Umowy, w szczególności dotyczące historii zdrowia Pacjenta, przebytych chorób (skłonności do krwawień lub zaburzeń; choroba nerek lub zaburzenia czynności nerek; zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie najądrza, rzeżączka, chlamydia, wirusowe zapalenie wątroby lub AIDS; przepuklina, zakażenie, nowotwór, nieprawidłowości w mosznie lub jądrach; poważne obrażenia bądź operacja obszaru moszny lub jąder) oraz przyjmowania leków, są zgodne z prawdą.
- 8) Posiada pełną zdolność do czynności prawnych i wyraża dobrowolnie zgodę na wykonanie zabiegu wazektomii, jak również wyraża zgodę na podanie znieczulenia miejscowego (leku, który spowoduje brak czucia w miejscu zabiegu) lub innych leków przed, w trakcie lub po zabiegu, a w razie konieczności wyraża zgodę na podanie znieczulenia ogólnego.
- 9) Rozumie, że zabieg wiąże się z istnieniem ryzyka wystąpienia zarówno znanych, jak i nieznanymi powikłań, przy czym do najczęstszych znanych powikłań należą: reakcja zapalna w najądrzu lub nasieniowodzie, nadmierne krwawienie do moszny (krwiał), bolesny guzek lub blizna (ziarniak plemników, nerwiak), ból, zakażenie, alergię lub niepożądane reakcje na znieczulenie lub lęk, reakcje emocjonalne, które mogą utrudniać normalne funkcjonowanie seksualne w czasie trwania powikłań.
- 10) Jednocześnie oświadcza, że został poinformowany o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu oraz otrzymał informację w zakresie sposobu postępowania w przypadku pojawienia się po zabiegu dyskomfortu, bólu, zasinienia w okolicach moszny i podstawy penisa, zaczerwienienia, ropnej wydzieliny wokół powstającej blizny, temperatury ciała powyżej 38,0 stopni Celsjusza lub gorączki.
- 11) Rozumie i akceptuje, że wyżej wskazane lub inne powikłania mogą wymagać dalszego leczenia, badań, innych działań, procedur i hospitalizacji, przy czym dalsze działania wiążą się z powstaniem nowych kosztów po stronie Pacjenta.

### §2

#### [Przedmiot umowy]

1. Pacjent zleca Praktyce przeprowadzenie zabiegu wazektomii, którego celem jest doprowadzenie do skutecznej, lecz możliwie odwracalnej antykoncepcji w postaci zablokowania drożności nasieniowodów, co ma na celu doprowadzenie do trwałej niepłodności, zaś Praktyka zobowiązuje się do wykonania przedmiotowego zlecenia w ustalonym przez Strony terminie, tj. w dniu
2. Pacjent przyjmuje do wiadomości, że planowana data zabiegu podana jest przez Praktykę w najlepszej wierze i w oparciu o posiadane w chwili podpisywania Umowy przesłanki. Mogą jednak one ulec zmianie z przyczyn medycznych i organizacyjnych, przy czym zmiana taka nie wymaga zmiany niniejszej Umowy. O ewentualnej zmianie Praktyka niezwłocznie powiadomi Pacjenta.
3. Warunkiem wykonania zabiegu jest dostarczenie przez Pacjenta wyników badań niezbędnych do przeprowadzenia zabiegu (morfologia ogólna krwi, antygen HBS, badanie układu krzepnięcia) oraz złożenie przez Pacjenta w siedzibie Centrum Planowania Rodziny /Family Planning Centre/ tj. ul. Kazachska 5/UI, 02-999 Warszawa pisemnej zgody na wykonanie znieczulenia oraz przeprowadzenie zabiegu.

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

### § 3

#### [Wynagrodzenie]

1. Pacjent zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Praktyki wynagrodzenia za świadczenie opisane w § 2 ust.1 powyżej, które nastąpi w znieczuleniu miejscowym w wysokości 2.399,00 zł (słownie: dwa tysiące trzysta dziewięćdziesiąt dziewięć złotych 00/100) brutto. Dodatkowe koszty wynikające z konieczności zastosowania w danym przypadku znieczulenia ogólnego, które odbędzie się w asyście anestezjologa obciążają Pacjenta dodatkowo w kwocie 800 zł (słownie: osiemset złotych 00/100) brutto.
2. W razie braku możliwości wykonania wazektomii z uwagi na stan zdrowia pacjenta, który ujawnił się w toku badania przed zabiegowego lub w toku samego zabiegu, Pacjent zobowiązuje się do zapłaty kwoty 200 zł (słownie: dwieście złotych) brutto na pokrycie kosztów Praktyki związanych ze zużytymi do tego celu materiałami medycznymi.
3. Wynagrodzenie Praktyki obejmuje: cenę zabiegu, cenę przewidywanych do zabiegu materiałów i sprzętu jednorazowego, dwie konsultacje (jedna przed zabiegiem i druga po zabiegu) oraz wykonanie zabiegu jednej korekty wazektomii (w przypadku stwierdzenia w drugim badaniu po zabiegu obecności żywych plemników).
4. Zapłata wynagrodzenia nastąpi w sposób wybrany przez Pacjenta spośród form płatności określonych poniżej w podpunktach a-d:
  - a. gotówka
  - b. karta płatnicza
  - c. wpłata na konto
  - d. system ratalny Santander Consumer Bank
5. W przypadku wyboru płatności gotówką lub kartą płatniczą Pacjent zobowiązuje się wpłacić cenę za zabieg w dniu zabiegu bezpośrednio w siedzibie Centrum Planowania Rodziny /Family Planning Centre/ tj. ul. Kazachska 5/UI, 02-999 Warszawa.
6. W przypadku wyboru płatności poprzez wpłatę na konto Pacjent zobowiązuje się wpłacić cenę za zabieg, najpóźniej w dniu poprzedzającym zabieg, na rachunek bankowy Praktyki prowadzony w banku mBank o numerze: 45 1140 2004 0000 3602 8349 9801 . Gdy płatność następuje przelewem na konto bankowe za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku bankowego Praktyki. Przy dokonywaniu płatności przelewem, w szczegółach przelewu należy umieścić: imię i nazwisko oraz datę urodzenia Pacjenta, zaś dowód potwierdzający dokonanie płatności przelewem Pacjent zobowiązany jest zabrać ze sobą i okazać w Praktyce przed zabiegiem.
7. W przypadku wyboru formy finansowania zabiegu przez system ratalny Santander Consumer Bank, rozliczenie zabiegu zostanie dokonane bezgotówkowo, a honorarium zostanie rozliczone na zasadach zawartych w umowie Santander Consumer Bank [Kredytodawca].
8. Wybór formy płatności przez Pacjenta następuje poprzez złożenie oświadczenia na formularzu stanowiącym załącznik nr 1 (formularz rejestracyjny pacjenta) do niniejszej Umowy.
9. Pacjent zobowiązany jest dokonać zapłaty wynagrodzenia w pełnej wysokości przed wykonaniem zabiegu.

### § 4

#### [Obowiązki Stron]

1. Przed zabiegiem:
  - 1) Pacjent zobowiązuje się do wykonania na własny koszt, w terminie do 2 tygodni przed ustalonym terminem zabiegu, w wybranym przez siebie laboratorium badań: morfologia ogólna krwi, antygen HBS, badanie układu krzepnięcia. W celu realizacji przedmiotu Umowy Pacjent zobowiązuje się do dostarczenia Praktyce wszelkich danych i informacji, w tym
  - 2) w szczególności wyników badań wymienionych powyżej, które umożliwiają wykonanie przez Praktykę niniejszej Umowy. Pacjent zobowiązuje się do rzetelnego i zgodnego z prawdą informowania Praktyki o wszelkich dolegliwościach,
  - 3) schorzeniach i przeciwwskazaniach do przeprowadzenia zabiegu.

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

- 4) Pacjent zobowiązany jest przybyć do siedziby Centrum Planowania Rodziny /Family Planning Centre/ tj. ul. Kazachska 5/UI, 02-999 Warszawa na własny koszt, w wyznaczonym terminie (najpóźniej na 5 minut przed wyznaczoną godziną) z kompletem stosownie uzupełnionych i właściwie podpisanych formularzy pobranych ze strony <https://wazektomia.com>.
  - 5) Pacjent zobowiązuje się do przygotowania ciała do zabiegu, w tym dokonania golenia włosów łonowych nad spojeniem łonowym oraz w okolicy worka mosznowego (z lewej i z prawej strony).
2. Po zabiegu:
- 1) Pacjent zobowiązuje się do szczególnej dbałości o higienę miejsca rozwarstwienia skóry przez 24 godziny od czasu przeprowadzenia zabiegu. Obejmuje to przemywanie moszny wodą z mydłem, suszenie powierzchni skóry, wykonywanie opatrunków. W przypadku stwierdzenia obecności odbarwionej wydzieliny z okolicy rozwarstwienia skóry, powierzchnia skóry winna zostać przemyta wodą utlenioną lub np. płynem Octenisept i wytarta delikatnie gazikiem.
  - 2) Pacjent zobowiązuje się do unikania przez 7 dni po zabiegu znacznego wysiłku, w szczególności do unikania intensywnych skłonów do przodu, unikania podnoszenia ciężkich przedmiotów, unikania uprawiania sportów kontaktowych, golfa, tenisa lub innej aktywności sportowej, unikania jazdy na nartach, motocyklu, quadzie, konno lub rowerze.
  - 3) Pacjent zobowiązuje się do unikania przez 7 dni po zabiegu stymulacji seksualnej. Po tym czasie Pacjent może wrócić do aktywności seksualnej.
  - 4) Pacjent zobowiązuje się do stosowania dotychczasowej metody antykoncepcji, aż do uzyskania negatywnych wyników testu na obecność plemników w ejakulacie.
  - 5) Pacjent zobowiązuje się do wykonania, na własny koszt, badania morfologii ejakulatu (badania nasienia na obecność plemników w ejakulacie) po 8 (ósmym) i po 12 (dwunastym) tygodniu od dnia zabiegu. W przypadku wykrycia żywych plemników w pierwszym i drugim badaniu (8 i 12 tygodniu) Pacjent zobowiązuje się zgłosić do Praktyki w celu przeprowadzenia zabiegu korekty wazektomii. Jednocześnie Pacjent zobowiązuje się do ponownego wykonania, na własny koszt badania morfologii ejakulatu po 8 (ósmym) tygodniu od dnia wykonania korekty i po 12 (dwunastym), przy czym badanie zostanie wykonane w innym laboratorium niż to, z którego Pacjent korzystał za pierwszym razem. Badanie może zostać wykonane w jednym z laboratoriów wskazanych na stronie [www.wazektomia.com](http://www.wazektomia.com).
  - 6) Pacjent zobowiązuje się do każdorazowego zeskanowania wyniku badania nasienia otrzymanego z laboratorium i wysłania otrzymanego skanu na adres mailowy Praktyki ([badania@wazektomia.com](mailto:badania@wazektomia.com)).
  - 7) Pacjent zobowiązuje się do stosowania zaleceń, o których mowa powyżej, w szczególności do podjęcia konsultacji medycznej u Lekarza Rodzinnego w przypadku występowania silnego bólu przez kilka pierwszych dni po zabiegu, konsultacji z Lekarzem Operującym w przypadku wystąpienia w pierwszych dwóch dniach po zabiegu powikłania w postaci bolesnego krwiaka (guzka) znacznej wielkości w mosznie, konsultacji telefonicznej z Praktyką w przypadku odczuwania po zabiegu nadmiernego bólu lub występowania: obrzęku, zaczerwienienia, ropnej wydzieliny wokół powstającej blizny, temperatury ciała powyżej 38,0 stopni Celsjusza.
  - 8) W przypadku stwierdzenia w drugim badaniu (po 12 tygodniach) od wykonania zabiegu wazektomii, obecności żywych plemników, Pacjent zobowiązuje się do kontaktu z Praktyką w celu umówienia dogodnego terminu na wykonanie zabiegu korekty wazektomii.
3. Praktyka zobowiązuje się do przeprowadzenia zabiegu, o którym mowa w § 2 ust. 1 powyżej, w sposób sumienny, przy zachowaniu należytej staranności, przy zastosowaniu wszelkich dostępnych środków ostrożności, zgodny z aktualną wiedzą medyczną i przy wykorzystaniu doświadczenia zawodowego lekarza.
  4. Obowiązki lekarza (zakładu) mają charakter ogólny, wynikający z istoty zawodu oraz przepisów prawa.
  5. W przypadku gdy w drugim badaniu po wazektomii ujawni ono obecność żywych plemników w nasieniu Pacjenta, Praktyka zobowiązuje się do przeprowadzenia jednego zabiegu korekty wazektomii, przy czym jeżeli korekta tego zabiegu zostanie wykonana w terminie do 4 miesięcy od dnia wykonania zabiegu, Pacjent nie poniesie z tego tytułu dodatkowych kosztów. Z kolei jeżeli wykonanie następnych ewentualnych korekt nastąpi po upływie 4 miesięcy od dnia wykonania zabiegu wazektomii, Pacjent będzie zobowiązany do pokrycia kosztów tego zabiegu na zasadach ustalonych indywidualnie z Praktyką.

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

6) Praktyka zobowiązuje się do wydania Pacjentowi, na jego żądanie, karty informacyjnej zabiegu, jednak wydanie ww. dokumentu może nastąpić wyłącznie do rąk pacjenta.

### §5

#### [Sposoby zakończenia stosunku prawnego wynikającego z Umowy]

1. Umowa wygasa na skutek przeprowadzenia zabiegu wazektomii, przy czym w zakresie dotyczącym ewentualnej korekty wazektomii, po upływie 4 miesięcy od dnia wykonania zabiegu.
2. Praktyka może odstąpić od Umowy w każdym czasie, jeżeli wykonanie zabiegu w ustalonym terminie będzie niemożliwe lub będzie niosło za sobą zwiększone ryzyko, które to okoliczności nie występowały w dacie kwalifikacji do zabiegu. Praktyka może również odmówić przeprowadzenia zabiegu wazektomii, bez podania uzasadnienia, jeżeli przemawiają za tym względy etyczne, ekonomiczne, społeczne. W wypadkach, o których mowa powyżej, Praktyka zobowiązuje jest zwrócić Pacjentowi całą kwotę wpłaconą przez niego na poczet wynagrodzenia, przy czym nastąpi to w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia o odstąpieniu.
3. Jeżeli wykonanie zabiegu w uzgodnionym terminie stanie się niemożliwe z przyczyn niezawinionych przez Praktykę lub z powodu siły wyższej, Praktyka powiadomi o tym Pacjenta niezwłocznie.
4. W przypadku określonym w ust. 3 powyżej, Strony uzgodnią nowy termin zabiegu lub na żądanie Pacjenta umowa zostanie rozwiązana. W takim przypadku zwrot wynagrodzenia nastąpi na zasadach określonych w ust. 2 powyżej.

### §6

#### [Dane osobowe]

Zgoda Pacjenta na przetwarzanie danych osobowych przez Usługodawcę stanowi załącznik nr 3 do niniejszej Umowy.

### §7

#### [Postanowienia końcowe]

1. Strony Umowy oświadczają, że warunki niniejszej Umowy zostały między nimi uzgodnione indywidualnie.
2. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Spory, jakie mogą wyniknąć przy wykonywaniu postanowień niniejszej Umowy, Strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego miejscowo dla siedziby Centrum Planowania Rodziny /Family Planning Centre/ tj. ul. Kazachska 5/UI, 02-999 Warszawa.
4. W zakresie nieuregulowanym niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

\_\_\_\_\_  
(podpis Pacjenta)

\_\_\_\_\_  
(podpis przedstawiciela Praktyki)



## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

W dniu  r. w Warszawie

pomiędzy:

zamieszkałym w  przy ul.

legitymującym się dowodem osobistym:  PESEL:

zwanym dalej „Pacjentem”,

**Centrum Planowania Rodziny spółką z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą w Warszawie (adres: 02- 999 Warszawa, ul. Kazachska 5/UI, REGON: 524501334, NIP: 9512562125), zarejestrowanej w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, Wydziale Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0001020352, reprezentowaną przez Mateusza Siwika - Prezesa Zarządu, uprawnionego do reprezentacji tej spółki, zwanej dalej jako „Praktyka”,

zwanymi dalej łącznie „Stronami” lub każda z osobna także „Stroną”,  
została zawarta umowa o następującej treści:

### § 1

#### [Oświadczenia Stron]

1. Praktyka oświadcza, że:

- 1) Jest uprawniona i spełnia wszelkie wymogi niezbędne do wykonywania działalności w zakresie objętym niniejszą Umową.
- 2) Dysponuje odpowiednio wykwalifikowanym i przeszkolonym personelem, niezbędnym do prawidłowej realizacji świadczenia w zakresie objętym niniejszą Umową.
- 3) Dysponuje stosownym i w pełni sprawnym (dopuszczonym do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami) wyposażeniem oraz aparaturą medyczną, niezbędnymi do prawidłowej realizacji świadczenia w zakresie objętym niniejszą Umową.
- 4) Udzieliła Pacjentowi szczegółowych i wyczerpujących wyjaśnień.

2. Pacjent oświadcza, że:

- 1) Otrzymał informację o przebiegu zabiegu oraz dających się przewidzieć następstwach jego przeprowadzenia, przy czym przez powyższe rozumie się także zapoznanie się przez Pacjenta z informacjami opublikowanymi na stronie internetowej: <https://www.wazektomia.com>.
- 2) Podjął w pełni przemyślaną decyzję co do wykonania zabiegu wazektomii.
- 3) Został w sposób dla niego zrozumiały poinformowany i przyjmuje do wiadomości, że po zabiegu wazektomii w dużym stopniu prawdopodobieństwa nie będzie zdolny do prokreacji, przy czym prawdopodobieństwo zapłodnienia partnerki seksualnej na przestrzeni 15 lat od czasu wykonania wazektomii wynosi 0,66 (sześćdziesiąt sześć setnych) promila.
- 4) Został w sposób dla niego zrozumiały poinformowany o możliwości oddania nasienia do banku nasienia oraz o możliwości wykonania na własny koszt zabiegu rewazektomii, jak też o możliwości wykonania na własny koszt In vitro-MESA (Micro Epidydymal Sperm Aspiration – Mikrochirurgiczna Aspiracja Plemników z Najądrzy).

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

- 5) Został poinformowany i rozumie, że wazektomia nie jest natychmiast skuteczna i że musi stosować inną metodę antykoncepcji do momentu kiedy badanie nasienia potwierdzi, że wazektomia zakończyła się powodzeniem.
- 6) Otrzymał informację, że po 8 (ósmym) i po 12 (dwunastym) tygodniu od dnia zabiegu wazektomii konieczne jest wykonanie badania morfologii ejakulatu, a w przypadku wykrycia żywych plemników w pierwszym i drugim badaniu (8 i 12 tygodniu) wymagana jest korekta wazektomii i ponowne wykonanie badania w 8 (ósmym) i 12 (dwunastym) tygodniu od dnia wykonania korekty. Badania, o których mowa powyżej, Pacjent wykona na własny koszt.
- 7) Oświadcza, że podczas wywiadu i badań nie zataił istotnych informacji dotyczących jego stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób, a odpowiedzi udzielone przez niego w ankiecie, stanowiącej załącznik nr 3 (tj. ankieta pacjenta - pytania dotyczące zdrowia) do niniejszej Umowy, w szczególności dotyczące historii zdrowia Pacjenta, przebytych chorób (skłonności do krwawień lub zaburzeń; choroba nerek lub zaburzenia czynności nerek; zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie najądrza, rzeżączka, chlamydia, wirusowe zapalenie wątroby lub AIDS; przepuklina, zakażenie, nowotwór, nieprawidłowości w mosznie lub jądrach; poważne obrażenia bądź operacja obszaru moszny lub jąder) oraz przyjmowania leków, są zgodne z prawdą.
- 8) Posiada pełną zdolność do czynności prawnych i wyraża dobrowolnie zgodę na wykonanie zabiegu wazektomii, jak również wyraża zgodę na podanie znieczulenia miejscowego (leku, który spowoduje brak czucia w miejscu zabiegu) lub innych leków przed, w trakcie lub po zabiegu, a w razie konieczności wyraża zgodę na podanie znieczulenia ogólnego.
- 9) Rozumie, że zabieg wiąże się z istnieniem ryzyka wystąpienia zarówno znanych, jak i nieznanymi powikłań, przy czym do najczęstszych znanych powikłań należą: reakcja zapalna w najądrzu lub nasieniowodzie, nadmierne krwawienie do moszny (krwiał), bolesny guzek lub blizna (ziarniak plemników, nerwiak), ból, zakażenie, alergia lub niepożądane reakcje na znieczulenie lub lęk, reakcje emocjonalne, które mogą utrudniać normalne funkcjonowanie seksualne w czasie trwania powikłań.
- 10) Jednocześnie oświadcza, że został poinformowany o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu oraz otrzymał informację w zakresie sposobu postępowania w przypadku pojawienia się po zabiegu dyskomfortu, bólu, zasinienia w okolicach moszny i podstawy penisa, zaczerwienienia, ropnej wydzieliny wokół powstającej blizny, temperatury ciała powyżej 38,0 stopni Celsjusza lub gorączki.
- 11) Rozumie i akceptuje, że wyżej wskazane lub inne powikłania mogą wymagać dalszego leczenia, badań, innych działań, procedur i hospitalizacji, przy czym dalsze działania wiążą się z powstaniem nowych kosztów po stronie Pacjenta.

### §2

#### [Przedmiot umowy]

1. Pacjent zleca Praktyce przeprowadzenie zabiegu wazektomii, którego celem jest doprowadzenie do skutecznej, lecz możliwie odwracalnej antykoncepcji w postaci zablokowania drożności nasieniowodów, co ma na celu doprowadzenie do trwałej niepłodności, zaś Praktyka zobowiązuje się do wykonania przedmiotowego zlecenia w ustalonym przez Strony terminie, tj. w dniu
2. Pacjent przyjmuje do wiadomości, że planowana data zabiegu podana jest przez Praktykę w najlepszej wierze i w oparciu o posiadane w chwili podpisywania Umowy przesłanki. Mogą jednak one ulec zmianie z przyczyn medycznych i organizacyjnych, przy czym zmiana taka nie wymaga zmiany niniejszej Umowy. O ewentualnej zmianie Praktyka niezwłocznie powiadomi Pacjenta.
3. Warunkiem wykonania zabiegu jest dostarczenie przez Pacjenta wyników badań niezbędnych do przeprowadzenia zabiegu (morfologia ogólna krwi, antygen HBS, badanie układu krzepnięcia) oraz złożenie przez Pacjenta w siedzibie Centrum Planowania Rodziny /Family Planning Centre/ tj. ul. Kazachska 5/UI, 02-999 Warszawa pisemnej zgody na wykonanie znieczulenia oraz przeprowadzenie zabiegu.



## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

### § 3

#### [Wynagrodzenie]

1. Pacjent zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Praktyki wynagrodzenia za świadczenie opisane w § 2 ust.1 powyżej, które nastąpi w znieczuleniu miejscowym w wysokości 2.399,00 zł (słownie: dwa tysiące trzysta dziewięćdziesiąt dziewięć złotych 00/100) brutto. Dodatkowe koszty wynikające z konieczności zastosowania w danym przypadku znieczulenia ogólnego, które odbędzie się w asyście anestezjologa obciążają Pacjenta dodatkowo w kwocie 800 zł (słownie: osiemset złotych 00/100) brutto.
2. W razie braku możliwości wykonania wazektomii z uwagi na stan zdrowia pacjenta, który ujawnił się w toku badania przed zabiegowego lub w toku samego zabiegu, Pacjent zobowiązuje się do zapłaty kwoty 200 zł (słownie: dwieście złotych) brutto na pokrycie kosztów Praktyki związanych ze zużytymi do tego celu materiałami medycznymi.
3. Wynagrodzenie Praktyki obejmuje: cenę zabiegu, cenę przewidywanych do zabiegu materiałów i sprzętu jednorazowego, dwie konsultacje (jedna przed zabiegiem i druga po zabiegu) oraz wykonanie zabiegu jednej korekty wazektomii (w przypadku stwierdzenia w drugim badaniu po zabiegu obecności żywych plemników).
4. Zapłata wynagrodzenia nastąpi w sposób wybrany przez Pacjenta spośród form płatności określonych poniżej w podpunktach a-d:
  - a. gotówka
  - b. karta płatnicza
  - c. wpłata na konto
  - d. system ratalny Santander Consumer Bank
5. W przypadku wyboru płatności gotówką lub kartą płatniczą Pacjent zobowiązuje się wpłacić cenę za zabieg w dniu zabiegu bezpośrednio w siedzibie Centrum Planowania Rodziny /Family Planning Centre/ tj. ul. Kazachska 5/UI, 02-999 Warszawa.
6. W przypadku wyboru płatności poprzez wpłatę na konto Pacjent zobowiązuje się wpłacić cenę za zabieg, najpóźniej w dniu poprzedzającym zabieg, na rachunek bankowy Praktyki prowadzony w banku mBank o numerze: 45 1140 2004 0000 3602 8349 9801 . Gdy płatność następuje przelewem na konto bankowe za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku bankowego Praktyki. Przy dokonywaniu płatności przelewem, w szczegółach przelewu należy umieścić: imię i nazwisko oraz datę urodzenia Pacjenta, zaś dowód potwierdzający dokonanie płatności przelewem Pacjent zobowiązany jest zabrać ze sobą i okazać w Praktyce przed zabiegiem.
7. W przypadku wyboru formy finansowania zabiegu przez system ratalny Santander Consumer Bank, rozliczenie zabiegu zostanie dokonane bezgotówkowo, a honorarium zostanie rozliczone na zasadach zawartych w umowie Santander Consumer Bank [Kredytodawca].
8. Wybór formy płatności przez Pacjenta następuje poprzez złożenie oświadczenia na formularzu stanowiącym załącznik nr 1 (formularz rejestracyjny pacjenta) do niniejszej Umowy.
9. Pacjent zobowiązany jest dokonać zapłaty wynagrodzenia w pełnej wysokości przed wykonaniem zabiegu.

### § 4

#### [Obowiązki Stron]

1. Przed zabiegiem:
  - 1) Pacjent zobowiązuje się do wykonania na własny koszt, w terminie do 2 tygodni przed ustalonym terminem zabiegu, w wybranym przez siebie laboratorium badań: morfologia ogólna krwi, antygen HBS, badanie układu krzepnięcia. W celu realizacji przedmiotu Umowy Pacjent zobowiązuje się do dostarczenia Praktyce wszelkich danych i informacji, w tym
  - 2) w szczególności wyników badań wymienionych powyżej, które umożliwiają wykonanie przez Praktykę niniejszej Umowy. Pacjent zobowiązuje się do rzetelnego i zgodnego z prawdą informowania Praktyki o wszelkich dolegliwościach,
  - 3) schorzeniach i przeciwwskazaniach do przeprowadzenia zabiegu.

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

- 4) Pacjent zobowiązany jest przybyć do siedziby Centrum Planowania Rodziny /Family Planning Centre/ tj. ul. Kazachska 5/UI, 02-999 Warszawa na własny koszt, w wyznaczonym terminie (najpóźniej na 5 minut przed wyznaczoną godziną) z kompletem stosownie uzupełnionych i właściwie podpisanych formularzy pobranych ze strony <https://wazektomia.com>.
- 5) Pacjent zobowiązuje się do przygotowania ciała do zabiegu, w tym dokonania golenia włosów łonowych nad spojeniem łonowym oraz w okolicy worka mosznowego (z lewej i z prawej strony).

### 2. Po zabiegu:

- 1) Pacjent zobowiązuje się do szczególnej dbałości o higienę miejsca rozwarstwienia skóry przez 24 godziny od czasu przeprowadzenia zabiegu. Obejmuje to przemywanie moszny wodą z mydłem, suszenie powierzchni skóry, wykonywanie opatrunków. W przypadku stwierdzenia obecności odbarwionej wydzieliny z okolicy rozwarstwienia skóry, powierzchnia skóry winna zostać przemyta wodą utlenioną lub np. płynem Octenisept i wytarta delikatnie gazikiem.
  - 2) Pacjent zobowiązuje się do unikania przez 7 dni po zabiegu znacznego wysiłku, w szczególności do unikania intensywnych skłonów do przodu, unikania podnoszenia ciężkich przedmiotów, unikania uprawiania sportów kontaktowych, golfa, tenisa lub innej aktywności sportowej, unikania jazdy na nartach, motocyklu, quadzie, konno lub rowerze.
  - 3) Pacjent zobowiązuje się do unikania przez 7 dni po zabiegu stymulacji seksualnej. Po tym czasie Pacjent może wrócić do aktywności seksualnej.
  - 4) Pacjent zobowiązuje się do stosowania dotychczasowej metody antykoncepcji, aż do uzyskania negatywnych wyników testu na obecność plemników w ejakulacie.
  - 5) Pacjent zobowiązuje się do wykonania, na własny koszt, badania morfologii ejakulatu (badania nasienia na obecność plemników w ejakulacie) po 8 (ósmym) i po 12 (dwunastym) tygodniu od dnia zabiegu. W przypadku wykrycia żywych plemników w pierwszym i drugim badaniu (8 i 12 tygodniu) Pacjent zobowiązuje się zgłosić do Praktyki w celu przeprowadzenia zabiegu korekty wazektomii. Jednocześnie Pacjent zobowiązuje się do ponownego wykonania, na własny koszt badania morfologii ejakulatu po 8 (ósmym) tygodniu od dnia wykonania korekty i po 12 (dwunastym), przy czym badanie zostanie wykonane w innym laboratorium niż to, z którego Pacjent korzystał za pierwszym razem. Badanie może zostać wykonane w jednym z laboratoriów wskazanych na stronie [www.wazektomia.com](http://www.wazektomia.com).
  - 6) Pacjent zobowiązuje się do każdorazowego zeskanowania wyniku badania nasienia otrzymanego z laboratorium i wysłania otrzymanego skanu na adres mailowy Praktyki ([badania@wazektomia.com](mailto:badania@wazektomia.com)).
  - 7) Pacjent zobowiązuje się do stosowania zaleceń, o których mowa powyżej, w szczególności do podjęcia konsultacji medycznej u Lekarza Rodzinnego w przypadku występowania silnego bólu przez kilka pierwszych dni po zabiegu, konsultacji z Lekarzem Operującym w przypadku wystąpienia w pierwszych dwóch dniach po zabiegu powikłania w postaci bolesnego krwaka (guzka) znacznej wielkości w mosznie, konsultacji telefonicznej z Praktyką w przypadku odczuwania po zabiegu nadmiernego bólu lub występowania: obrzęku, zaczerwienienia, ropnej wydzieliny wokół powstającej blizny, temperatury ciała powyżej 38,0 stopni Celsjusza.
  - 8) W przypadku stwierdzenia w drugim badaniu (po 12 tygodniach) od wykonania zabiegu wazektomii, obecności żywych plemników, Pacjent zobowiązuje się do kontaktu z Praktyką w celu umówienia dogodnego terminu na wykonanie zabiegu korekty wazektomii.
3. Praktyka zobowiązuje się do przeprowadzenia zabiegu, o którym mowa w § 2 ust. 1 powyżej, w sposób sumienny, przy zachowaniu należytej staranności, przy zastosowaniu wszelkich dostępnych środków ostrożności, zgodny z aktualną wiedzą medyczną i przy wykorzystaniu doświadczenia zawodowego lekarza.
  4. Obowiązki lekarza (zakładu) mają charakter ogólny, wynikający z istoty zawodu oraz przepisów prawa.
  5. W przypadku gdy w drugim badaniu po wazektomii ujawni ono obecność żywych plemników w nasieniu Pacjenta, Praktyka zobowiązuje się do przeprowadzenia jednego zabiegu korekty wazektomii, przy czym jeżeli korekta tego zabiegu zostanie wykonana w terminie do 4 miesięcy od dnia wykonania zabiegu, Pacjent nie poniesie z tego tytułu dodatkowych kosztów. Z kolei jeżeli wykonanie następnych ewentualnych korekt nastąpi po upływie 4 miesięcy od dnia wykonania zabiegu wazektomii, Pacjent będzie zobowiązany do pokrycia kosztów tego zabiegu na zasadach ustalonych indywidualnie z Praktyką.

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUGI WAZEKTOMII

6) Praktyka zobowiązuje się do wydania Pacjentowi, na jego żądanie, karty informacyjnej zabiegu, jednak wydanie ww. dokumentu może nastąpić wyłącznie do rąk pacjenta.

### §5

#### [Sposoby zakończenia stosunku prawnego wynikającego z Umowy]

1. Umowa wygasa na skutek przeprowadzenia zabiegu wazektomii, przy czym w zakresie dotyczącym ewentualnej korekty wazektomii, po upływie 4 miesięcy od dnia wykonania zabiegu.
2. Praktyka może odstąpić od Umowy w każdym czasie, jeżeli wykonanie zabiegu w ustalonym terminie będzie niemożliwe lub będzie niosło za sobą zwiększone ryzyko, które to okoliczności nie występowały w dacie kwalifikacji do zabiegu. Praktyka może również odmówić przeprowadzenia zabiegu wazektomii, bez podania uzasadnienia, jeżeli przemawiają za tym względy etyczne, ekonomiczne, społeczne. W wypadkach, o których mowa powyżej, Praktyka zobowiązuje jest zwrócić Pacjentowi całą kwotę wpłaconą przez niego na poczet wynagrodzenia, przy czym nastąpi to w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia o odstąpieniu.
3. Jeżeli wykonanie zabiegu w uzgodnionym terminie stanie się niemożliwe z przyczyn niezawinionych przez Praktykę lub z powodu siły wyższej, Praktyka powiadomi o tym Pacjenta niezwłocznie.
4. W przypadku określonym w ust. 3 powyżej, Strony uzgodnią nowy termin zabiegu lub na żądanie Pacjenta umowa zostanie rozwiązana. W takim przypadku zwrot wynagrodzenia nastąpi na zasadach określonych w ust. 2 powyżej.

### §6

#### [Dane osobowe]

Zgoda Pacjenta na przetwarzanie danych osobowych przez Usługodawcę stanowi załącznik nr 3 do niniejszej Umowy.

### §7

#### [Postanowienia końcowe]

1. Strony Umowy oświadczają, że warunki niniejszej Umowy zostały między nimi uzgodnione indywidualnie.
2. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Spory, jakie mogą wyniknąć przy wykonywaniu postanowień niniejszej Umowy, Strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego miejscowo dla siedziby Centrum Planowania Rodziny /Family Planning Centre/ tj. ul. Kazachska 5/UI, 02-999 Warszawa.
4. W zakresie nieuregulowanym niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

\_\_\_\_\_  
(podpis Pacjenta)

\_\_\_\_\_  
(podpis przedstawiciela Praktyki)