

Изјава о избору здравствене установе

Изјављујем да бих желела да поступак БМПО обавим у здравственој установи са списка установа са којима Републички фонд има закључен уговор о пружању услуга лечења неплодности поступцима БМПО, који ми је стављен на увид, и то:

(назив изабране здравствене установе)

Сагласна сам да Дирекција Републичког фонда за здравствено осигурање задржава право да одреди другу здравствену установу у којој се може обавити поступак БМПО уколико здравствена установа за коју сам се определила није у могућности да, из објективних разлога, пружи наведену здравствену услугу.

ОСИГУРАНО ЛИЦЕ-ЖЕНА

Име и презиме:

ЛБО:

Број Л.К.: _____, издата у:

(својеручни потпис)

ОСИГУРАНО ЛИЦЕ-МУШКАРАЦ

Име и презиме:

ЛБО:

Број Л.К.: _____, издата у:

(својеручни потпис)

Место: _____

Датум: _____

НАПОМЕНА: Образац се издаје у два примерка. Један се издаје осигураном лицу, а други задржава лекарска комисија филијале. Изјаву не потписује супружник, односно ванбрачни партнер који није осигурано лице.

Изјава супружника, односно ванбрачних партнера да из постојеће заједнице немају биолошку децу/имају једно дете добијено из поступка БМПО на терет средстава обавезног здравственог осигурања

1. ИЗЈАВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА-ЖЕНЕ

Ја _____, из _____, ЛБО _____,
(име и презиме) (место и адреса)

са Л.К. бр _____ издата у _____ **изјављујем** да из постојеће брачне/ванбрачне заједнице у којој живим са супружником, односно ванбрачним партнером чији су подаци наведени у тачки 2. (ове изјаве):

1. немам биолошке деце
2. имам једно дете добијено из поступка БМПО на терет средстава обавезног здравственог осигурања

(својеручни потпис)

2. ИЗЈАВА СУПРУЖНИКА, ОДНОСНО ВАНБРАЧНОГ ПАРТНЕРА

Ја _____, из _____, ЛБО _____,
(име и презиме) (место и адреса)

ЈМБГ _____, са Л.К. бр _____ издата у _____

изјављујем да из постојеће брачне/ванбрачне заједнице у којој живим са осигураним лицем-женом чији су подаци наведени у тачки 1. (ове изјаве):

1. немам биолошке деце
2. имам једно дете добијено из поступка БМПО на терет средстава обавезног здравственог осигурања

(својеручни потпис)

Место _____

Датум _____

НАПОМЕНА: Образац се издаје у два примерка. Један се издаје осигураном лицу, а други задржава лекарска комисија филијале.

ЈМБГ се уноси само за супружника, односно ванбрачног партнера-мушкарца који није осигурано лице.

Потврда о испуњености услова за поступак БМПО

На основу одлуке Комисије за лечење неплодности поступцима биомедицински
потпомогнутог оплођења, здравствена установа

_____ (назив и седиште здравствене установе)

Датум заседања Комисије: _____

Врој: _____

издаје

ПОТВРДУ О ИСПУЊЕЊУ УСЛОВА ЗА ПОСТУПАК БМПО

Осигурано лице (жена) _____

из _____

адреса _____

ЛБО _____

На основу јединствено утврђених критеријума Републичке стручне комисије Министарства здравља за лечење неплодности поступцима БМПО, увида у потребну прописану медицинску документацију и потврде Комисије за БМПО, констатујемо да осигурано лице-жена испуњава све услове за укључивање у поступак БМПО.

Потврда се издаје као доказ да је осигурано лице-жена у потпуности спремна за упућивање на поступак БМПО и у друге сврхе се не може употребити.

М. П. _____

(одговорно лице)

НАПОМЕНА:

ПОТВРДА ВАЖИ ДВАНАЕСТ МЕСЕЦИ ОД ДАТУМА ЗАСЕДАЊА КОМИСИЈЕ ЗА БМПО

Позив осигураном лицу-жени у вези упућивања на поступак БМПО

име и презиме

место

адреса

ПОЗИВ

Здравствена установа _____

из _____, адреса _____

_____, контакт телефон _____

_____, Вам је заказала пријем на први

консултативни преглед у вези поступка БМПО који ће се обавити

дана _____ године.

Потребно је да се јавите свом изабраном лекару-специјалисти гинекологије који ће Вам издати упут за стационарно лечење у здравственој установи у којој ће се обавити поступак БМПО.

Са уредно добијеним упутом потребно је да се јавите лекарској комисији филијале према седишту изабраног лекара, на адреси _____.

Са собом понесите:

1. Здравствену исправу,
2. Личну карту,

3. Упут за стационарно лечење,

(одговорно лице филијале)

4. Потврду Комисије за БМПО,

5. Овај позив.

М. П.

Место _____

Датум _____

Потврда о искључењу из поступка БМПО

_____ (здравствена установа)

издаје

ПОТВРДУ

О ИСКЉУЧЕЊУ ОСИГУРАНОГ ЛИЦА-ЖЕНЕ ИЗ ПОСТУПКА БМПО

Осигурано лице _____

из _____

адреса _____

ЛБО _____

искључује се из поступка БМПО из следећих разлога:

Место _____

Датум _____

(потпис одговорног лица)

М. П.