

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

1. ИЗЈАВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА-ЖЕНЕ

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

са Л.К. бр _____ издата у _____ и з ј а в љ у ј е м да из постојеће брачне/ванбрачне заједнице у којој живим са супружником, односно ванбрачним партнером чији су подаци наведени у тачки 2.(ове изјаве) немам биолошке деце.

(својеручни потпис)

2. ИЗЈАВА СУПРУЖНИКА, ОДНОСНО ВАНБРАЧНОГ ПАРТНЕРА

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

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

и з ј а в љ у ј е м да из постојеће брачне/ванбрачне заједнице у којој живим са осигураним лицем-женом чији су подаци наведени у тачки 1.(ове изјаве) немам биолошке деце.

(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.