

Потврда о замрзавању јајних ћелија/ембриона ОНКОФЕРТИЛИТЕТ

Дана _____ код даваоца здравствених услуга _____

1. ИЗВРШЕНО ЈЕ замрзавање јајних ћелија

БРОЈ ЗАМРЗНУТИХ јајних ћелија: _____

ДАВАЛАЦ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ГДЕ СЕ јајне ћелије ЧУВАЈУ: _____

2. ИЗВРШЕНО ЈЕ замрзавање ембриона

БРОЈ ЗАМРЗНУТИХ ембриона: _____

ДАВАЛАЦ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ГДЕ СЕ ембриони ЧУВАЈУ: _____

(напомена: заокружити тачку 1. или тачку 2.)

Подаци о осигураном лицу-жени:

име и презиме: _____ место и адреса: _____

ЛБО: _____ Л.К. бр. _____ издата у _____

(својеручни потпис осигураног лица- жене)

Подаци о супружнику, односно ванбрачном партнеру:

име и презиме: _____ место и адреса: _____

ЛБО _____ ЈМБГ _____ Л.К. бр _____ издата у _____

(својеручни потпис супружника, односно ванбрачног партнера)

Место _____

М.П. _____

(одговорно лице даваоца здравствених услуга)

Датум _____

Подаци о мушком партнеру се уносе само када су замрзнути ембриони. ЈМБГ се уноси само за супружника, односно ванбрачног партнера-мушкарца који није осигурано лице Републичког фонда за здравствено осигурање.

Образац се издаје у два примерка: један примерак за здравствену установу која је образац издала и оверила, а други примерак за осигурано лице – жену.