

## Потврда о замрзавању/незамрзавању/одмрзавању ембриона

Дана \_\_\_\_\_ код даваоца здравствених услуга \_\_\_\_\_

**1. ИЗВРШЕНО ЈЕ** замрзавање ембриона

БРОЈ ЗАМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА: \_\_\_\_\_

ДАВАЛАЦ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ГДЕ СЕ ЕМБРИОНИ ЧУВАЈУ: \_\_\_\_\_

**2. НИЈЕ ИЗВРШЕНО** замрзавање ембриона

**3. ИЗВРШЕНО ЈЕ** одмрзавање ембриона

БРОЈ ОДМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА: \_\_\_\_\_

БРОЈ ПРЕОСТАЛИХ ЗАМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА: \_\_\_\_\_

БРОЈ ПРЕОСТАЛИХ ЗАМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА (онкофертилитет): \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**НАПОМЕНЕ: ОБРАЗАЦ БМПО-7 ИЗДАЈЕ СЕ САМО ПАРТНЕРИМА КОЈИМА ЈЕ ИЗДАТ ОБРАЗАЦ БМПО-6, ОДНОСНО ЖЕНИ БЕЗ ПАРТНЕРА КОЈОЈ ЈЕ У ПОСТУПКУ БМПО СА ДОНИРАНИМ МУШКИМ РЕПРОДУКТИВНИМ МАТЕРИЈАЛОМ ИЗДАТ ОБРАЗАЦ БМПО-6, ОДНОСНО ОСИГУРАНИМ ЛИЦИМА КОЈИ ИМАЈУ ИЗДАТ ОБРАЗАЦ БМПО-10/10А**

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

Образац се издаје у три примерка, један примерак за здравствену установу која је образац издала и оверила, и два примерка за осигурано лице – жену, од којих један примерак доставља овлашћеном лицу РФЗО пре прегледа на комисији за БМПО, односно лекарској комисији РФЗО за криоембриотрансфер.