

Образац

ОБАВЕШТЕЊЕ ЗА ЛИЦА КОЈА СЕ ПОДВРГАВАЈУ ПОСТУПКУ БМПО

Здравствена установа	Организациона јединица	Место

Датум I_I I_I I_I_I_I
дан месец година

ЛИЧНИ ПОДАЦИ СУПРУЖНИКА, ОДНОСНО ВАНБРАЧНИХ ПАРТНЕРА

Име: Презиме:

Датум рођења: I_I I_I I_I_I_I

ЈМБГ: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Место пребивалишта и адреса:
улица и број

општина

место

држављанство

I

Име: Презиме:

Датум рођења: I_I I_I I_I_I_I

ЈМБГ: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Место пребивалишта и адреса:
улица и број

општина

место

држављанство

ОБАВЕШТЕЊЕ

Лица која се подвргавају поступку БМПО су на јасан и разумљив начин обавештена о свим подацима који се тичу поступка БМПО, а посебно о стручно методолошким поступцима, о стању њиховог здравља, дијагнози, прогнози лечења, могућим последицама и последицама и опасностима за жену, мушкарца и дете; о другим могућностима за решавање и ублажавање узрока неплодности, укључујући и оне које та здравствена установа не обавља, као и са немедицинским избором као што су усвојење или напуштање лечења; о чувању полних ћелија и ембриона, односно о њиховом изјашњавању о року чувања и одлуком о неупотребљеним ембрионима, о могућности упућивања на психосоцијално саветовање о намераваном извођењу БМПО.

Присутни члан тима за БМПО:

име и презиме

потпис и факсимил

М.П.

Здравствени радник који руководи
тимом за БМПО:

име и презиме

потпис и факсимил

**ИЗЈАВА О ПРИСТАНКУ ЗА
ИЗВОЂЕЊЕ БМПО**

Изјављујем да на основу своје слободне воље, а на основу претходних обавештења и информација,

ДАЈЕМ ПРИСТАНАК за ИЗВОЂЕЊЕ ПОСТУПКА БМПО

Датум:

__ __ __ __ __
дан месец година

Потпис и факсимил присутног лекара
из тима за БМПО

М.П.

Својеручни потпис супружника, односно
ванбрачног партнера

Својеручни потпис супружника, односно
ванбрачног партнера

**ПОВЛАЧЕЊЕ ИЗЈАВЕ О
ПРИСТАНКУ ЗА ПОСТУПАК
БМПО**

Изјављујем да на основу своје слободне воље, засноване на потпуном обавештењу и информацијама о поступку БМПО,

ПОВЛАЧИМ/О ИЗЈАВУ О ПРИСТАНКУ за поступак БМПО

од _____ године.
(датум)

Датум:

___ ___ ___
дан месец година

Потпис и факсимил присутног лекара
из тима БМПО

М.П.

Својеручни потпис супружника, односно ванбрачног партнера

Својеручни потпис супружника, односно ванбрачног партнера