

Образац ЛПСВПСС

ЛИЧНИ ПОДАЦИ О СУПРУЖНИЦИМА, ОДНОСНО ВАНБРАЧНИМ ПАРТНЕРИМА КОЈИ УЧЕСТВУЈУ У ПОСТУПКУ БМПО са сопственим репродуктивним ћелијама

Здравствена
установа:

Датум
попуњавања
обрасца:

ЛИЧНИ ПОДАЦИ СУПРУЖНИКА/ВАНБРАЧНИХ ПАРТНЕРА - ЖЕНА

Име:

Презиме:

Име оца:

Девојачко
презиме:

Датум
рођења:

I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

ЈМБГ:

I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Држава
рођења:

Место
рођења:

Место пребивалишта и адреса:

улица и број

место

општина

држављанство

Број личне карте и место издавања:

Број пасоша:

Брачно стање:

у браку

ванбрачној заједници

Лична анамнеза:

Број свих ранијих трудноћа природним путем

укупан број живорођене деце из трудноћа
природним путем

Број свих ранијих трудноћа из БМПО
поступака (IVF/IUI)

Укупан број живорођене деце из БМПО
поступака (IVF/IUI)

Број свих ранијих трудноћа из хетерологних
поступака

укупан број живорођене из хетерологних
поступака

Трајање неплодности (у годинама)

Узроци неплодности/разлози за лечење

Поремећаји функције јајовода

ендометриоза

поремећаји функције материце

поремећаји функције јајника

менопауза

избегавање генетских болести

неразјашњено

поремећаји код мушког партнера

друго (навести)

Ако је супружник/ванбрачни партнер лечена у иностранству навести установу и државу

Крвна група и Rh фактор

A

AB

Rh +

B

O

Rh -

ЛИЧНИ ПОДАЦИ СУПРУЖНИКА/ВАНБРАЧНИХ ПАРТНЕРА - МУШКАРАЦ

Име:

Презиме:

Име оца:

Датум рођења:

I _ I _ 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 _ I _ I _ I _ I _

Држава рођења:

Место рођења:

Место пребивалишта и адреса:

улица и број

место

општина

држављанство

Број личне карте и место издавања:

Број пасоша:

Брачно стање: у браку

ванбрачној заједници

Узроци неплодности/разлози за лечење

поремећаји сперматогенезе

азооспермија

избегавање генетских болести

неразјашњено

поремећаји код женског партнера

друго (навести)

Ако је супружник/ванбрачни партнер лечена у иностранству навести установу и државу

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара