

PODNOŠIOCI ZAHTJEVA:

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| _____ | _____ |
| (ime i prezime jednog partnera) | (ime i prezime drugog partnera) |
| _____ | _____ |
| (JMB) | (JMB) |
| _____ | _____ |
| (kontakt telefon) | (kontakt telefon) |
| _____ | _____ |
| (e mail adresa) | (e mail adresa) |
| _____ | _____ |
| (adresa prebivališta) | (adresa prebivališta) |

**ZAVODU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I REOSIGURANJA
FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE**

**Komisiji za izdavanje pojedinačnih saglasnosti za obavljanje biomedicinski potpomognute oplodnje
Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH**

- Komisiji za BMPO sa sjedištem u Zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH, Trg heroja 14, Sarajevo
- Komisiji za BMPO sa sjedištem u Sveučilišnoj kliničkoj bolnici Mostar, Kralja Tvrtka bb, Mostar
- Komisiji za BMPO sa sjedištem u Univerzitetkom kliničkom centru Tuzla, prof. dr. Ibri Pašića, Tuzla

Predmet: Zahtjev za ostvarivanje prava na biomedicinski potpomognutu oplodnju

Na osnovu člana 2. Pravilnika o obimu prava na biomedicinski potpomognutu oplodnju iz sredstava budžeta Federacije Bosne i Hercegovine, načina formiranja cijene pojedinačnih postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje, kriterija i načina ugovaranja kao i drugih pitanja od značaja za provođenje biomedicinski potpomognute oplodnje („Službene novine Federacije BiH“, br.: 4/23 i 26/23) i čl. 2., 3. i 4. Uputstva o radu Komisije za izdavanje pojedinačnih saglasnosti za obavljanje biomedicinski potpomognute oplodnje podnosimo zahtjev za izdavanje saglasnosti za obavljanje biomedicinski potpomognute oplodnje.

Uz zahtjev prilažemo slijedeću dokumentaciju:

1. Izjava para da nema zajedničke djece ovjerena od strane nadležnog organa odnosno kod općine ili notara;
2. Izvod iz matične knjige vjenčanih izdat od nadležne općine, odnosno ovjerenu izjavu od notara iz koje proizilazi da vanbračna zajednica traje najmanje tri godine;
3. Potvrdu nadležnog kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja o statusu osiguranog lica u Federaciji BiH za oba partnera;
4. Nalaze doktora medicine specijaliste ginekologije i porodiljstva, kojim se potvrđuje:
 - da su provedeni postupci utvrđivanja uzroka neplodnosti ili smanjenja plodnosti saglasno Smjernicama za liječenje neplodnosti (u daljnjem tekstu: Smjernice) donesenim na osnovu člana 23. stav (3) važećeg Zakona o liječenju neplodnosti biomedicinski potpomognutom oplodnjom,
 - da postoje indikacije za BMPO saglasno Smjernicama,

- da su iscrpljene sve druge mogućnosti liječenja neplodnosti, ili kada hirurška, medikamentozna ili kombinirana terapija nije moguća ili nije uspješna, a saglasno Smjernicama i uz odgovarajuću dokumentaciju koja to dokazuje,
 - da je provedeno liječenje parova saglasno Smjernicama,
 - da su partneri informisani o BMPO saglasno članku 32. Zakona;
5. Laboratorijski nalaz da je obavljeno testiranje u partnerskoj donaciji saglasno Smjernicama, i to: anti-HIV-1 i anti-HIV-2, HbsAg i anti-HBc, anti-HCV (antitijela na hepatitis C) i sifilis - specifični ili nespecifični treponema test
 6. Izjavu para o odabiru ovlaštene ugovorne zdravstvene ustanove za obavljanje BMPO sa Liste ovlaštenih ugovornih zdravstvenih ustanova za BMPO koja se objavljuje na Internet stranici Zavoda;
 7. Nalaz/medicinsku dokumentaciju da je zbog bolesti (svoje ili partnerove) moralo biti odgođeno liječenje neplodnosti, u slučaju da zahtjev podnosi žena koja je navršila 42 godine života.

Saglasni smo da u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka Zavod vrši obradu ličnih podataka sadržanih u dokumentaciji do trenutka okončanja postupka vezano za ostvarivanje prava na BMPO.

Dna ____ . ____ . 20 ____ . godine

Podnosioci zahtjeva:

Ime i prezime

Ime i prezime

PODNOŠIOCI ZAHTJEVA:

_____ (Ime i prezime jednog partnera)

_____ (Ime i prezime drugog partnera)

_____ (JMB)

_____ (JMB)

_____ (kontakt telefon)

_____ (kontakt telefon)

_____ (e mail adresa)

_____ (e mail adresa)

_____ (adresa prebivališta)

_____ (adresa prebivališta)

IZJAVA

o odabiru ovlaštene ugovorne zdravstvene ustanove za obavljanje BMPO sa liste ovlaštenih ugovornih zdravstvenih ustanova za BMPO

Izjavljujemo da smo u procesu pribavljanja saglasnosti za obavljanje BMPO odabrali ovlaštenu ugovornu ustanovu **Zavod za humanu reprodukciju Dr. Balić, Tuzla, Kojšino 25.**

Podnosioci zahtjeva

1. _____

2. _____

PODNOŠIOCI ZAHTJEVA:

_____ (Ime i prezime jednog partnera)

_____ (JMB)

_____ (kontakt telefon)

_____ (e mail adresa)

_____ (adresa prebivališta)

_____ (Ime i prezime drugog partnera)

_____ (JMB)

_____ (kontakt telefon)

_____ (e mail adresa)

_____ (adresa prebivališta)

IZJAVA

para da nema zajedničke djece

Po punom materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujemo da kao par nemamo zajedničke djece. Izjava se daje u svrhu pribavljanja saglasnosti za obavljanje BMPO.

Podnosioci zahtjeva

1. _____

2. _____

*izjavu ovjeriti u općini ili kod notara