

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)

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 Univerzitetском kliničkom centru Tuzla, prof. dr. Ibri Pašića, Tuzla

Predmet:

Zahtjev za ostvarivanje prava na biomedicinski potpomognutu oplodnju

Na osnovu članka 2. Pravilnika o opsegu prava na biomedicinski pomognutu oplodnju iz sredstava proračuna Federacije Bosne i Hercegovine, načinu formiranja cijene pojedinačnih postupaka biomedicinski pomognute oplodnje, kriterija i načina ugovaranja, kao i drugih pitanja od značaja za provođenje biomedicinski pomognute oplodnje („Službene novine Federacije BiH”, broj: 73/24) kojim je propisano, između ostalog, da pravo na biomedicinski pomognutu oplodnju (u daljnjem tekstu: BMPO) iz sredstava proračuna Federacije, temeljem odluke Vlade Federacije Bosne i Hercegovine o usvajanju "Transfera Vlade Federacije Bosne i Hercegovine za financiranje biomedicinski pomognute oplodnje, uz ispunjavanje uvjeta iz čl. 21. i čl. 22. Zakona o liječenju neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom ("Službene novine Federacije BiH", br. 59/18 i 44/22 - u daljnjem tekstu: Zakon) imaju punoljetni i poslovno sposobni žena i muškarac, kao i osobe ograničene poslovne sposobnosti sukladno odredbi stavka (3) članka 28. Zakona, koji su u braku, odnosno u izvanbračnoj zajednici i koji su u dobi koja omogućava obavljanje roditeljskih dužnosti, podizanje, odgoj i osposobljavanje djeteta za samostalan život, te uz kumulativno ispunjavanje uvjeta, **podnosimo zahtjev za izdavanje saglasnosti za obavljanje biomedicinski potpomognute oplodnje:**

Uz zahtjev prilažemo slijedeću dokumentaciju:

1. Nalazi doktora medicine specijaliste ginekologije i porodiljstva, kojim se potvrđuje:
 - da su provedeni postupci utvrđivanja uzroka neplodnosti ili smanjenja plodnosti sukladno Smjernicama za liječenje neplodnosti donesenim na temelju članka 23. stavak (3) Zakona,
 - da postoje indikacije za BMPO sukladno Smjernicama,

- da su iscrpljene sve druge mogućnosti liječenja neplodnosti, ili kada kirurška, medikamentozna ili kombinirana terapija nije moguća ili nije uspješna, a sukladno Smjernicama i uz odgovarajuću dokumentaciju koja to dokazuje,
 - da je provedeno liječenje parova sukladno Smjernicama,
 - da su partneri informirani o BMPO sukladno članku 32. Zakona;
2. Laboratorijski nalaz da je obavljeno testiranje u partnerskoj donaciji sukladno 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- laboratorijski nalaz;
 3. Kopija osobne iskaznice (Lična karta) kojom se potvrđuje da je žena u dobi do navršene 42. godine života
 4. Izjava o odabiru ovlaštene ugovorene zdravstvene ustanove za obavljanje BMPO sukladno stavku (2) članka 5. pravilnika.

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.

Dana _____ 20 ____ godine

Podnosioci zahtjeva:

Ime i prezime

Ime i prezime

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

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. _____