

1. _____ ; JMBG : _____ i

(Ime i prezime)

2. _____ ; JMBG : _____ i

(Ime i prezime)

(Adresa prebivališta bračnih/ vanbračnih partnera)

(Broj telefona /email adresa)

**ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
BOSANSKO PODRINJSKOG KANTONA GORAŽDE**

PREDMET : Zahtjev za odobravanje usluga iz oblasti biomedicinski potpomognute oplodnje -BMPO

Podnosimo zahtjev da nam se , na osnovu važećih propisa, odobri pružanje usluga iz oblasti biomedicinski potpomognute oplodnje (BMPO)

Uz zahtjev prilažemo slijedeću dokumentaciju :

1. Uputnica nadležnog doktora

2. Izvod iz matične knjige vjenčanih za bračni par /u slučaju vanbračne zajednice ovjerena notarska izjava ne starija od 6 mjeseci.

3. Medicinsku dokumentaciju iz člana 3. Odluke o pravu na biomedicinski potpomognutu oplodnju na teret sredstava Zavoda zdravstvenog osiguranja BPK-a Goražde i to :

- Ovjerena izjava -da par nema djece

- kopija lične karte supruge

- nalaz doktora medicine specijaliste ginekologije i akušerstva kojim se potvrđuje da su provedeni postupci utvrđivanja uzroka neplodnosti ili smanjenja plodnosti u skladu sa Smjernicama za liječenje neplodnosti

- da postoje indikacije za BMPO, i da je provedeno liječenje parova u skladu sa Smjernicama

- da su iscrpljene sve druge mogućnosti liječenja neplodnosti ili kada hirurška, medikamentoza ili kombinirana terapija nije moguća ili nije uspješna

- da je obavljeno testiranje u partnerskoj donaciji u skladu sa 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.

4. Obavijest o prebivalištu izdata od strane MUP-a (CIPS)

Dana ____ . ____ .202_ . godine

PODNOŠIOCI ZAHTJEVA

(svojeručni potpis)