

PODNOŠIOCI ZAHJEVA:

_____	_____
(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 pojedina nih 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 Sveu ilišnoj klini koj bolnici Mostar, Kralja Tvrtka bb, Mostar
- Komisiji za BMPO sa sjedištem u Univerzitetkom klini kom 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, na osnovu formiranja cijene pojedina nih postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje, kriterija i na osnovu ugovaranja kao i drugih pitanja od značajna za provođenje biomedicinski potpomognute oplodnje („Službene novine Federacije BiH“, br.: 4/23 i 26/23) i čl. 1. 2., 3. i 4. Uputstva o radu Komisije za izdavanje pojedina nih 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 vjenčanika 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 mogu nosti lije enja neplodnosti, ili kada hirurška, medikamentozna ili kombinirana terapija nije mogu a ili nije uspješna, a saglasno Smjernicama i uz odgovaraju u dokumentaciju koja to dokazuje,
 - da je provedeno lije enje parova saglasno Smjernicama,
 - da su partneri informisani o BMPO saglasno lanku 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 - specifi ni ili nespecifi ni 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 odgo eno lije enje neplodnosti, u slu aju da zahtjev podnosi žena koja je navršila 42 godine života.

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

Dna ____ . ____ . 20 ____ . godine

Podnosioci zahtjeva:

Ime i prezime

Ime i prezime