



Потврда о замрзавању сперматозоида/ембриона ОНКОФЕРТИЛИТЕТ

Дана _____ код даваоца здравствених услуга _____

1. ИЗВРШЕНО ЈЕ замрзавање сперматозоида

БРОЈ ЗАМРЗНУТИХ сламчица : _____

ДАВАЛАЦ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ГДЕ СЕ сперматозоиди ЧУВАЈУ: _____

2. ИЗВРШЕНО ЈЕ замрзавање ембриона

БРОЈ ЗАМРЗНУТИХ ембриона: _____

ДАВАЛАЦ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ГДЕ СЕ ембриони ЧУВАЈУ: _____

(напомена: заокружити тачку 1. или тачку 2.)

Подаци о осигураном лицу-мушкарцу:

име и презиме: _____ место и адреса: _____

ЛБО: _____ Л.К. бр . _____ издата у _____

(својеручни потпис осигураног лица- мушкарца)

Подаци о брачној, односно ванбрачној партнерки:

име и презиме: _____ место и адреса: _____

ЛБО _____ ЈМБГ _____ Л.К. бр _____ издата у _____

(својеручни потпис брачне, односно ванбрачне партнерке)

Место _____

М.П. _____

(одговорно лице даваоца здравствених услуга)

Датум _____

Подаци о женском партнеру се уносе само када су замрзнути ембриони. ЈМБГ се уноси само за брачну, односно ванбрачну партнерку која није осигурано лице Републичког фонда за здравствено осигурање.

Образац се издаје у два примерка: један примерак за здравствену установу која је образац издала и оверила, а други примерак за осигурано лице – мушкарца.