

**Потврда о замрзавању/незамрзавању/одмрзавању ембриона**

Дана \_\_\_\_\_ код даваоца здравствених услуга \_\_\_\_\_

**1. ИВРШЕНО ЈЕ** замрзавање ембриона

БРОЈ ЗАМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА: \_\_\_\_\_ (максимум 6)

БРОЈ ИСКОРИШЋЕНИХ СЛАМЧИЦА: \_\_\_\_\_ (1/2/3) \* заокружити

ДАВАЛАЦ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА ГДЕ СЕ ЕМБРИОНИ ЧУВАЈУ: \_\_\_\_\_

**2. НИЈЕ ИЗВРШЕНО** замрзавање ембриона**3. ИЗВРШЕНО ЈЕ** одмрзавање ембриона

БРОЈ ОДМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА: \_\_\_\_\_

БРОЈ ПРЕОСТАЛИХ ЗАМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА: \_\_\_\_\_

**БРОЈ ПРЕОСТАЛИХ СЛАМЧИЦА ЗА ЗАМРЗАВАЊЕ:** \_\_\_\_\_ (0/1/2) \*заокружити

Подаци о осигураном лицу- жени:

име и презиме: \_\_\_\_\_ место и адреса: \_\_\_\_\_

ЛБО: \_\_\_\_\_ Л.К. бр. \_\_\_\_\_ издата у \_\_\_\_\_

Подаци о супружнику, односно ванбрачном партнеру:

име и презиме: \_\_\_\_\_ место и адреса: \_\_\_\_\_

ЛБО \_\_\_\_\_ ЈМБГ \_\_\_\_\_ Л.К. бр \_\_\_\_\_ издата у \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис осигураног лица- жене)\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис супружника,  
односно ванбрачног партнера)

Место \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(одговорно лице даваоца здравствених  
услуга)

Датум \_\_\_\_\_

**НАПОМЕНЕ: ОБРАЗАЦ БМПО-7 ИЗДАЈЕ СЕ САМО ПАРТНЕРИМА КОЈИМА ЈЕ ИЗДАТ ОБРАЗАЦ БМПО-6.**

ЈМБГ се уноси само за супружника, односно ванбрачног партнера-мушкарца који није осигурано лице Републичког фонда за здравствено осигурање.

Образац се издаје у три примерка, од чега два за за супружнике, односно ванбрачне партнере, а трећи задржава давалац здравствених услуга који га је издао и оверио.

Супружници, односно ванбрачни партнери један примерак обрасца БМПО-7 достављају лицу задуженом за пријем, обраду и унос података у апликативни софтвер РФЗО пре прегледа пред Комисијом за БМПО.