



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец 1-Барање за БПО

Б А Р А Њ Е

за остварување на правото за биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО)

За прво дете За второ дете За трето дете За четврто дете

1. Барател (име и презиме на жената):

2. ЕМБГ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Постојано место на живеење:

4. Адреса за контакт:

5. Телефон за контакт/ Е-пошта:

6. Брачна состојба:

Брачна Вонбрачна Деловна жена Брачна со гестациски носител

7. Име и презиме на мажот (доколку нема, не се пополнува)

8. ЕМБГ на мажот

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Задолжителна административна документација во прилог која ја поднесува осигуреното лице:

- (1) Здравствена легитимација/ ЕЗК на увид
- (2) Изјава за вонбрачна заедница доколку осигурените лица не се во брачна заедница
- (3) Потврда од Министерството за труд и социјална политика за родителска способност на деловната жена
- (4) Потврда за деловна способност од надлежен суд за деловната жена
- (5) Потврда од Министерство за здравство дека брачната двојка ги исполнува сите услови за поведување постапка на БПО со гестациски носител и Договор за уредување на меѓусебните права и обврски кои произлегуваат од постапката за БПО со гестациски носител
- (6) Потврда за набавен донорски материјал од Министерство за здравство

10. Документација која може да ја обезбеди ФЗОМ по службена должност:

- (1) Извод од Матична книга на венчани
- (2) Извод од Матична книга на родени за прво родено дете, второ родено и трето родено дете и тоа само во случај на поднесување на барање за БПО за второ, трето и четврто дете



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

11. Задолжителна медицинска документација во оригинал по следниов распоред:

- (1) Образец Предлог (Предлог за БПО) пополнет и потпишан од гинеколог;
- (2) Медицинска документација дека се извршени една или повеќе од следниве методи: ХСГ и/или лапараскопија и хистероскопија, и/или лапаратомија; ехографско испитување не е доказна метода освен 4DV ултразвук на кавум утери;
- (3) Документи за направени две или повеќе анализи на спермата;
- (4) Резултати од извршена анализа на хормонален статус : FSH,LH,PRL E2,TSH на трет ден од циклус (не постари од шест месеци);
- (5) PAP skrining (не постар од една година доколку бил уреден);
- (6) Микробиолошки брисеви од вагина и цервикс вклучувајќи и Ureaplasma, Mycoplasma и Chlamidia trachomatis (не постари од шест месеци);
- (7) Маркери за Hepatit B и C,HIV двајцата партнери (не постари од шест месеци);
- (8) Крвна слика,гликемија,седиментација (не постари од шест месеци);
- (9) Друга медицинска документација за извршените дијагностички или оперативни интервенции во врска со лекување на стерилитет и останато (ако ја има).

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара потребниот документ од точка 10 Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Датум

Име,презиме и потпис на барателот
