**70/13**

**MINISTARSTVO ZDRAVLJA**

**1397**

Na temelju članka 17. stavaka 1. i 5. i članka 18. Zakona o medicinski pomognutoj oplodnji (»Narodne novine«, broj 86/2012) ministar zdravlja donosi

**PRAVILNIK**

**O NAČINU DAVANJA PRISTANKA I IDENTIFIKACIJE DARIVATELJA SPOLNIH STANICA I ZAMETAKA**

Članak 1.

Ovim Pravilnikom utvrđuje se način davanja pristanka darivatelja spolnih stanica i zametaka te identifikacija darivatelja.

Članak 2.

Pristanak za darivanje sjemenih stanica i jajnih stanica daje se na obrascu pristanka koji se nalazi u Prilogu I. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio.

Članak 3.

Pristanak bračnih, odnosno izvanbračnih drugova koji su odustali o vlastitog korištenja zametka nastalog za njihovu prokreaciju za darivanje toga zametka za prokreaciju drugih bračnih, odnosno izvanbračnih drugova ili ženi iz članka 10. stavka 2. Zakona o medicinski pomognutoj oplodnji (»Narodne novine«, broj 86/2012), daje se na obrascu pristanka koji se nalazi u Prilogu II. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio.

Članak 4.

Identifikaciju darivatelja spolnih stanica i zametaka obavlja odgovorna osoba ovlaštene zdravstvene ustanove.

Podaci potrebni za identifikaciju darivatelja sadržani su u obrascu tiskanom u Prilogu III. ovoga Pravilnika koji čini njegov sastavni dio.

Članak 5.

Danom stupanja na snagu ovoga Pravilnika prestaje važiti Pavilnik o načinu davanja pristanka i identifikacije darivatelja spolnih stanica (»Narodne novine«, broj 110/2009) i Pravilnik o načinu davanja pristanka bračnog, odnosno izvanbračnog druga za darivanje spolnih stanica (»Narodne novine«, broj 110/2009).

Članak 6.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 011-02/12-02/13

Urbroj: 534-10-1-13-1

Zagreb, 23. svibnja 2013.

Ministar  
  
**prof. dr. sc. Rajko Ostojić, dr. med.,**v. r.

**PRILOG I.**

OBRAZAC PRISTANKA DARIVATELJICE JAJNIH STANICA I DARIVATELJA SJEMENIH STANICA

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obavijesti o prirodi, svrsi, tijeku i pojedinostima postupka te pravnim učincima korištenja darivanih spolnih stanica dajem pristanak za darivanje vlastitih spolnih stanica radi njihova korištenja u postupcima heterologne medicinski pomognute oplodnje.

Izjavljujem da sam upoznat/a s pravom djeteta na uvid u podatke o darivatelju sukladno članku 15. Zakona o medicinski pomognutoj oplodnji (»Narodne novine«, broj 86/2012).

Zdravstvena ustanova:

Ustrojstvena jedinica:

Mjesto i datum:

Ime i prezime darivatelja/darivateljice:

OIB darivatelja/darivateljice:

Potpis darivatelja/darivateljice:

Potpis i faksimil odgovornog liječnika koji je obavio razgovor i pečat zdravstvene ustanove:

**PRILOG II.**

OBRAZAC PRISTANKA BRAČNIH, ODNOSNO IZVANBRAČNIH DRUGOVA ZA DARIVANJE ZAMETKA

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obavijesti o prirodi, svrsi, tijeku i pojedinostima postupka te pravnim učincima korištenja darivanih zametaka dajem pristanak za darivanje zametaka radi njihova korištenja za prokreaciju drugih bračnih, odnosno izvanbračnih drugova ili ženi iz članka 10. stavka 2. Zakona o medicinski pomognutoj oplodnji (»Narodne novine«, broj 86/2012).

Izjavljujem da sam upoznat/a s pravom djeteta na uvid u podatke o darivatelju sukladno članku 15. Zakona o medicinski pomognutoj oplodnji (»Narodne novine«, broj 86/2012).

Zdravstvena ustanova:

Ustrojstvena jedinica:

Mjesto i datum:

Ime i prezime bračnih/izvanbračnih drugova:

OIB bračnih/izvanbračnih drugova:

Broj zametaka:

Potpis bračnih/izvanbračnih drugova:

Potpis i faksimil odgovornog liječnika koji je obavio razgovor i pečat zdravstvene ustanove:

**PRILOG III.**

OBRAZAC IDENTIFIKACIJE DARIVATELJA SPOLNIH STANICA I ZAMETAKA

Ime i prezime darivatelja/ darivateljice /bračnih/izvanbračnih drugova:

Mjesto i datum rođenja:

Adresa stanovanja:

Državljanstvo:

Bračni status:

Vrsta i broj identifikacijskog dokumenta (s fotografijom):

– Putovnica broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

– Osobna iskaznica broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB darivatelja/darivateljice/bračnih/izvanbračnih drugova:

Potpis darivatelja/darivateljice/bračnih/izvanbračnih drugova:

Potpis odgovorne osobe koja je izvršila identifikaciju:

Pečat zdravstvene ustanove: