**70/13**

**MINISTARSTVO ZDRAVLJA**

**1399**

Na temelju članka 14. stavak 1. i 5. Zakona o medicinski pomognutoj oplodnji (»Narodne novine«, broj 86/2012) ministar zdravlja donosi

**PRAVILNIK**

**O NAČINU DAVANJA PRISTANKA KORISNIKA PRAVA NA MEDICINSKI POMOGNUTU OPLODNJU ZA PROVOĐENJE POSTUPAKA MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE**

Članak 1.

Ovim Pravilnikom utvrđuje se način davanja pristanka bračnih, izvanbračnih drugova odnosno žene iz članka 10. stavka 2. Zakona o medicinski pomognutoj oplodnji (»Narodne novine«, broj 86/2012) – u daljnjem tekstu: korisnik prava na medicinski pomognutu oplodnju, za provođenje postupaka medicinski pomognute oplodnje te obrazac izjave o povlačenju pristanka.

Članak 2.

Pristanak iz članka 1. ovoga Pravilnika daje se na obrascu pristanka koji se nalazi u Prilogu I. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio.

Članak 3.

Izjava o povlačenju pristanka iz članka 1. ovoga Pravilnika daje se na obrascu koji se nalazi u Prilogu II. ovoga Pravilnika i čini njegov sastavni dio.

Članak 4.

Danom stupanja na snagu ovoga Pravilnika prestaje važiti Pravilnik o načinu davanja pristanka bračnih, odnosno izvanbračnih drugova za provođenje postupaka medicinske oplodnje (»Narodne novine«, broj 110/2009).

Članak 5.

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

Klasa: 011-02/12-02/132

Urbroj: 534-10-1-13-1

Zagreb, 23. svibnja 2013.

Ministar

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

**PRILOG I.**

OBRAZAC PRISTANKA KORISNIKA PRAVA NA MEDICINSKI POMOGNUTU OPLODNJU ZA PROVOĐENJE POSTUPKA MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE

Izjavljujem/o da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obavijesti o pojedinostima postupka, izgledima za uspjeh te mogućim posljedicama i opasnostima postupka pristajemo na postupak medicinski pomognute oplodnje:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
    (navesti vrstu postupka medicinski pomognute oplodnje i podrijetlo spolnih stanica, odnosno zametka)

Izjavljujem/o da smo obaviješteni i o mogućim oblicima prirodnog planiranja obitelji, o mogućnostima liječenja neplodnosti te o drugim načinima ostvarenja roditeljstva.

Zdravstvena ustanova:

Ustrojstvena jedinica:

Mjesto i datum:

Ime i prezime korisnika prava na medicinski pomognutu oplodnju:

OIB korisnika prava na medicinski pomognutu oplodnju:

Potpis korisnika prava na medicinski pomognutu oplodnju:

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

**PRILOG II.**

OBRAZAC POVLAČENJA PRISTANKA KORISNIKA PRAVA NA MEDICINSKI POMOGNUTU OPLODNJU ZA PROVOĐENJE POSTUPKA MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE

Izjavljujem/o da slobodnom voljom povlačim svoj pristanak za provođenje postupka medicinski pomognute oplodnje

koji sam dao/dala (navesti datum)

Zdravstvena ustanova:

Mjesto i datum:

Ime i prezime korisnika prava na medicinski pomognutu oplodnju:

OIB korisnika prava na medicinski pomognutu oplodnju:

Potpis korisnika prava na medicinski pomognutu oplodnju:

Potpis i faksimil odgovornog liječnika i pečat zdravstvene ustanove: