



6254

IZJAVA O POSREDOVANJU PODATKOV O POSTOPKU OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

Spodaj podpisana _____, rojena _____

in

spodaj podpisani _____, rojen _____,

se obvezujeva, da bova izpolnila »**Formular o izidu postopka OBMP**« in ga v roku 1 meseca od zaključene nosečnosti posredovala po pošti na naslov: UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Oddelek za OBMP, Šlajmerjeva 3, 1525 Ljubljana.

Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ) dovoliva, da lahko posreduje podatke iz zbirke Perinatalni informacijski sistem (NIJZ 17) in Fetalne smrti do 28. tedna nosečnosti (NIJZ 19) opredeljene v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15 in 31/18) UKC Ljubljana, Kliničnemu oddelku za reprodukcijo, Oddelek za OBMP, Šlajmerjeva 3, 1525 Ljubljana.

Hkrati izjavljava, da naju za potrebe posredovanja podatkov lahko pokličete ali nama pišete na:

- stacionarna telefonska številka: _____
- številki mobilnega telefona: _____ in _____
- elektronski naslov: _____

DOVOLIVA / NE DOVOLIVA

(ustrezno obkrožite)

da za potrebe anonimne analize rezultatov v okviru študij Kliničnega oddelka za reprodukcijo zaposleni stopijo v stik z nama.

V Ljubljani, dne _____

Podpis pacientke: _____

Podpis partnerja: _____