

**ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ****ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΣΕ ΜΕΘΟΔΟ  
ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Οι παρακάτω υπογράφωντες :

Ο ..... ΤΟΥ ..... κάτοχος του υπ' αριθ.  
Α.Δ.Τ..... με Α.Φ.Μ.....και Α.Μ.Κ.Α.....  
κάτοικος....., γεννημένος την .....

Σύζυγος

Σύντροφος με σύμφωνο συμβίωσης κατά Ν. 4356/2015

της .....

και

Η .....ΤΟΥ.....κάτοχος του υπ' αριθ. Α.Δ.Τ.  
.....με Α.Φ.Μ.....και Α.Μ.Κ.Α. ....κάτοικος  
..... γεννημένη την .....

Εν όψει εφαρμογής ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δια της μεθόδου εξωσωματικής γονιμοποίησης:

Α) με ωάρια της συζύγου/συντρόφου και σπέρμα του συζύγου/συντρόφου

Β) με ωάρια της συζύγου/συντρόφου και σπέρμα τρίτου δότη

Βεβαιώνουμε ότι συναινούμε:

Να προβούμε σε προεμφυτευτική γενετική διάγνωση

Να προβούμε σε ετερόλογη εξωσωματική

Η παρούσα συναίνεση χορηγείται πριν την εφαρμογή οποιασδήποτε τεχνικής ή μεθόδου Ι.Υ.Α. του άρθρου 2 του Ν. 3305/2005 και πριν τη χορήγηση της έγκρισης από την αρμόδια επιτροπή εξωσωματικής γονιμοποίησης του ΕΟΠΥΥ.

Το παρόν υπογράφεται, θεωρείται για το γνήσιο της υπογραφής από αρμόδια δημόσια αρχή και φυλάσσεται στον ιατρικό τους φάκελο.

Η σύζυγος/σύντροφος

Ο σύζυγος/σύντροφος

Ημερομηνία: