

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΑΤΟΜΟΥ, ΑΠΟ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ/Η ΨΥΧΙΑΤΡΟ, ΠΟΥ  
ΕΠΙΘΥΜΕΙ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΙ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΜΕΘΟΔΟΥΣ  
ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Αριθμός Εντύπου: **EMN-2**

Για χρήση μόνο από το Συμβούλιο Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΣΙΥΑ)																			
Ημερομηνία Παραλαβής από το ΣΙΥΑ																			
Τρόπος αποστολής του εντύπου στο ΣΙΥΑ																			
Με το χέρι:																			
Με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο:																			
Με φαξ:																			
Με το ταχυδρομείο:																			
Με άλλο τρόπο (εξηγήστε):																			
Όνοματεπώνυμο του ατόμου που παρέλαβε το έντυπο εκ μέρους του ΣΙΥΑ:																			
Αριθμός αίτησης από το ΣΙΥΑ:						2	0	2	3	-	M	N	-						

Εάν το μονήρες άτομο είναι Κύπριος πολίτης, να γραφεί πιο κάτω ο αριθμός του Δελτίου Ταυτότητας. Εάν το άτομο δεν είναι Κύπριος πολίτης, να γραφεί ο αριθμός διαβατηρίου.												
ΔΤ ή ΔΒ												
Όνομα (μονήρους ατόμου)						Επίθετο (μονήρους άτομο)						

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Ψυχιάτρου:			Ημερομηνία:

**Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

**ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ**

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΑΤΟΜΟΥ, ΑΠΟ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ/Η ΨΥΧΙΑΤΡΟ, ΠΟΥ  
ΕΠΙΘΥΜΕΙ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΙ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΜΕΘΟΔΟΥΣ  
ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Αριθμός Εντύπου: **EMN-2**

Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται από εγγεγραμμένο/η ψυχίατρο της Κυπριακής Δημοκρατίας αφού αξιολόγησε αυτοπροσώπως και εκτίμησε την επιθυμία και ικανότητα μονήρους ατόμου να γίνει γονέας.

Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τον τροποποιητικό Νόμο Ν. 92(Ι)/2016, 29.7.2016 για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (ΙΥΑ) σε περίπτωση που η αξιολόγηση είναι θετική τότε το Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής έχει ΔΕΣΜΙΑ αρμοδιότητα να εγκρίνει την αίτηση για απόκτηση παιδιού με μεθόδους ΙΥΑ.

Αφού συμπληρωθεί και υπογραφεί, σε όλες τις σελίδες, το έντυπο αυτό θα πρέπει να αποδοθεί στο μονήρες άτομο για να αποσταλεί με τα υπόλοιπα στοιχεία που απαιτούνται στο Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΣΙΥΑ).

Υπογραφή σελίδας	
Υπογραφή Ψυχιάτρου:	Ημερομηνία:

1. Πληροφορίες για τον/την εγγεγραμμένο/η ψυχίατρο που συμπληρώνει το έντυπο αυτό.			
Όνοματεπώνυμο:			
Ειδικότητα:			
Αριθ. Ταυτότητας:		Αριθ. Κινητού τηλεφώνου:	
Αριθμός εγγραφής στο Ιατρικό Μητρώο της Κυπριακής Δημοκρατίας:			
Όνομα Κλινικής ή Νοσοκομείου ή Ιατρείου ή Γραφείου:			
Διεύθυνση Κλινικής ή Νοσοκομείου ή Ιατρείου ή Γραφείου του/της εγγεγραμμένου/νης Ψυχιάτρου:			
Τηλ. Εργασίας:			
Αριθ. Φαξ:			
Διεύθ. ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:			

2. Πληροφορίες για το Μονήρες Άτομο που θέλει να αποκτήσει παιδί με μεθόδους ΙΥΑ			
Όνοματεπώνυμο:			
Φύλο:			
Αριθ. Ταυτότητας:		Αριθ. Κινητού τηλεφώνου:	
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:			

3. Εξετάσεις που έγιναν σε σχέση με την αξιολόγηση	
Έχετε εξετάσει, αυτοπροσώπως, το μονήρες άτομο στην Κυπριακή Δημοκρατία (γράψετε δεξιά είτε "Ναι" είτε "Όχι");	

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή ψυχιάτρου:		Ημερομηνία:	

**4. Ελεύθερη και συνειδητή βούληση/συγκατάθεση**

Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις σας το Μονήρες Άτομο εκφράζει ελεύθερα και συνειδητά την επιθυμία του και συγκατατίθεται να αποκτήσει παιδί με μεθόδους ΙΥΑ (γράψετε δεξιά είτε “Ναι” είτε “Όχι”);

**5. Γενική Αξιολόγηση**

Κατά την εκτίμησή σας το Μονήρες Άτομο έχει την επιθυμία και ικανότητα να γίνει γονέας και μπορεί να αναλάβει με την ελάχιστη αναμενόμενη επάρκεια το γονικό ρόλο και ως εκ τούτου θα ήταν προς το συμφέρον του παιδιού να γεννηθεί και να έχει σαν γονέα του το άτομο που έχετε αξιολογήσει (γράψετε δεξιά είτε “Ναι” είτε “Όχι”);

**6. Τεκμηριώστε πιο κάτω την εκτίμησή σας στην παράγραφο 5.**

<b>Όνοματεπώνυμο Εγγεγραμμένου/ης Ψυχιάτρου:</b>			
<b>Υπογραφή εγγεγραμμένου/νης ψυχιάτρου:</b>		<b>Ημερομηνία:</b>	
<b>Σφραγίδα:</b>			