

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ Ή ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΑΠΟ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ/Η
ΨΥΧΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

(ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: **ΕΖΠΘΜ-3**

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):																	
Ονοματεπώνυμο του ατόμου που παρέλαβε το έντυπο εκ μέρους του ΣΙΥΑ:																	
Αριθμός αίτησης από το ΣΙΥΑ:				2	0	2	6	-	Z	Π	Θ	M	-				

Ο/Η εγγεγραμμένος/η Ψυχίατρος στην Κυπριακή Δημοκρατία πιο κάτω γράφει τον αριθμό του Δελτίου Ταυτότητας και το ονοματεπώνυμο της Τεκμαιρόμενης Μητέρας (δηλ. της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί με Παρένθετη Μητέρα).														
Δ	Τ													
Όνομα								Επίθετο						

Υπογραφή σελίδας	
Υπογραφή ψυχιάτρου:	Ημερομηνία:

**Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ**

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ Ή ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΑΠΟ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ/Η
ΨΥΧΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ**

(ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: **ΕΖΠΘΜ-3**

Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται από εγγεγραμμένο/η ψυχίατρο στην Κυπριακή Δημοκρατία που θα αξιολογήσει αυτοπροσώπως στην Κυπριακή Δημοκρατία το ζευγάρι ή τη μονήρη γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί με Παρένθετη Μητέρα σύμφωνα με τον Περί της Εφαρμογής της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμο του Ν.69(Ι)/2015 όπως τροποποιήθηκε.

Αφού συμπληρωθεί και υπογραφεί, σε όλες τις σελίδες, το έντυπο αυτό θα πρέπει να αποδοθεί στο ζευγάρι ή τη μονήρη γυναίκα για να αποσταλεί με τα υπόλοιπα στοιχεία που απαιτούνται στο Συμβούλιο Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΣΙΥΑ).

Εάν τα έντυπα της αίτησης αυτής ή/και τα πιστοποιητικά που χρειάζονται αποσταλούν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ή/και με φαξ, τότε απαιτείται η κατάθεσή τους σε πρωτότυπη μορφή.

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή ψυχιάτρου:		Ημερομηνία:	

1. Πληροφορίες για τον/την εγγεγραμμένο/η Ψυχίατρο στην Κυπριακή Δημοκρατία 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:			

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή ψυχιάτρου:		Ημερομηνία:	

2. Πληροφορίες για την Τεκμαιρόμενη Μητέρα (δηλαδή την γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί με Παρένθετη Μητέρα).			
Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας:			
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:			

3. Πληροφορίες για τον σύζυγο/σύντροφο της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει.			
Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας:			
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:			

4. Συναντήσεις που έγιναν σε σχέση με την αξιολόγηση	
Έχετε συναντήσει μόνη της (χωρίς τον σύζυγο/σύντροφο της) την Τεκμαιρόμενη Μητέρα και συζητήσατε την απόφαση της να αποκτήσει παιδί με Παρένθετη Μητέρα; (γράψετε δεξιά είτε "Ναι" είτε "Όχι")	
Έχετε συναντήσει μόνο του (χωρίς την Τεκμαιρόμενη Μητέρα) τον σύζυγο/σύντροφο της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει και συζητήσατε την απόφαση του να αποκτήσει παιδί με Παρένθετη Μητέρα; (γράψετε δεξιά είτε "Ναι" είτε "Όχι")	
Έχετε συναντήσει μαζί το ζευγάρι και συζητήσατε μαζί τους την απόφαση τους να αποκτήσουν παιδί με Παρένθετη Μητέρα; (γράψετε δεξιά είτε "Ναι" είτε "Όχι")	

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή ψυχιάτρου:		Ημερομηνία:	

5. Ελεύθερη και συνειδητή βούληση/συγκατάθεση	
Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις σας η Τεκμαιρόμενη Μητέρα εκφράζει ελεύθερα και συνειδητά την επιθυμία της και συγκατατίθεται να αποκτήσει παιδί μέσω Παρένθετης Μητρότητας (γράψετε δεξιά είτε “Ναι” είτε “Όχι”);	
Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις σας ο σύζυγος/σύντροφος της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει, εκφράζει ελεύθερα και συνειδητά την επιθυμία του και συγκατατίθεται να αποκτήσει παιδί μέσω Παρένθετης Μητέρας (γράψετε δεξιά είτε “Ναι” είτε “Όχι”);	

6. Γενική Ψυχολογική Αξιολόγηση	
Κατά την επιστημονική σας άποψη το ζευγάρι ή η μονήρης γυναίκα είναι ψυχολογικά υγιές και ως εκ τούτου θα ήταν προς το συμφέρον του παιδιού να γεννηθεί και να έχει σαν γονείς του το ζευγάρι ή τη μονήρη γυναίκα που έχετε αξιολογήσει (γράψετε δεξιά είτε “Ναι” είτε “Όχι”);	

7. Γράψετε, πιο κάτω, οποιαδήποτε σχόλια που θέλετε να λάβει υπόψη του το Συμβούλιο σε σχέση με την αίτηση του ζευγαριού ή της μονήρους γυναίκας να αποκτήσει παιδί με Παρένθετη Μητρότητα.

Όνοματεπώνυμο εγγεγραμμένου/ης ψυχιάτρου:			
Υπογραφή εγγεγραμμένου/ης ψυχιάτρου:		Ημερομηνία:	
Σφραγίδα:			