**PHỤ LỤC IV**

BẢN XÁC NHẬN VỀ VIỆC THỰC HIỆN KỸ THUẬT MANG THAI HỘ

VÌ MỤC ĐÍCH NHÂN ĐẠO  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 22/2025/TT-BYT ngày 28/6/2025*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BẢN XÁC NHẬN**

**Về việc thực hiện kỹ thuật mang thai hộ vì mục đích nhân đạo**

Kính gửi: ………………………………(1)………………………………………

**1. Thông tin của bên nhờ mang thai hộ:**

Họ, chữ đệm, tên khai sinh của vợ: ………………..…………………………………

Ngày, tháng, năm sinh : ………………..….………….. Dân tộc: ……………...…….

Số ĐDCN/Hộ chiếu: ………………………..…..…………….………….………....…

Nơi cư trú: …………………….……………………..…….…………………………

Họ, chữ đệm, tên khai sinh của chồng: ………………..……………………….………

Ngày, tháng, năm sinh : ………………..….………….. Dân tộc: ……………...…….

Số ĐDCN/Hộ chiếu: ………………..………………..…….……….……………....…

Nơi cư trú: …………………………………………….…………………………..……

Giấy đăng ký kết hôn số: ………………………………….……………....…………..

**2. Thông tin của bên mang thai hộ**

Họ, chữ đệm, tên khai sinh của vợ: ………………..…………………………………

Ngày, tháng, năm sinh : ………………..….………….. Dân tộc: ……………...…….

Số ĐDCN/Hộ chiếu: ………………………..………….……..………….……………

Nơi cư trú: …………………….…………………………..…….……………………

Họ, chữ đệm, tên khai sinh của chồng *(nếu có)*: ……………….………………………

Ngày, tháng, năm sinh : ………………..….………….. Dân tộc: ……………...…….

Số ĐDCN/Hộ chiếu: …………………..…..………………..…….……….…………

Nơi cư trú: …………….…………………………………….…….…………………

Giấy đăng ký kết hôn số (*nếu có*):………………………………………….…………

Xác nhận đã thực hiện kỹ thuật mang thai hộ thành công tại Bệnh viện: ……………

- Ngày chuyển phôi: ……………………………….

- Số phôi chuyển: …………………………

- Dự kiến sinh: ………………………………….……

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BÊN NHỜ MANG THAI HỘ** | | *......……, ngày…....tháng...... năm …........* **BÊN MANG THAI HỘ** | |
| **NGƯỜI VỢ** *(Ký, ghi rõ họ, chữ đệm, tên khai sinh)* | **NGƯỜI CHỒNG** *(Ký, ghi rõ họ, chữ đệm, tên khai sinh)* | **NGƯỜI VỢ** *(Ký, ghi rõ họ, chữ đệm, tên khai sinh)* | **NGƯỜI CHỒNG(2)** *(Ký, ghi rõ họ, chữ đệm, tên khai sinh)* |
| **Lãnh đạo khoa/đơn vị thực hiện kỹ thuật mang thai hộ vì mục đích nhân đạo** *(Ký, ghi rõ chức danh và họ tên)* | | **Đại diện cơ sở KBCB thực hiện kỹ thuật MTH** *(Ký, ghi rõ chức danh, họ tên và đóng dấu)* | |
|  |  |  |  |

*Chú thích*:

*(1) Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thực hiện kỹ thuật mang thai hộ vì mục đích nhân đạo. (2) Chỉ ký và ghi họ tên người chồng nếu người mang thai hộ có chồng.*