

טופס בקשה לוועדה לברירת מין היילוד

לכבוד
יו"ר הוועדה לברירת מין היילוד
ת.ד. 1176
ירושלים
א:נ:

תאריך: _____

הנדון: בקשה לאישור הוועדה לברירת מין היילוד

ע"פ חוזר מנכ"ל מס' 21/05 מיום 9/5/05 "מינוי ועדה ארצית לפי נוהל משרד הבריאות לברירת מין היילוד באבחון גנטי טרום השרשתי"

1. אנו הח"מ:

שם האשה _____ שם משפחה _____
מס' ת.ז. _____ תאריך לידה _____ דת _____
שם הבעל _____ שם משפחה _____
מס' ת.ז. _____ תאריך לידה _____ דת _____
מספר ילדים _____ מין הילדים _____
כתובת _____ טלפון _____ נייד: _____

2. מצב בריאות ההורים

3. לידות קודמות (טבעית/ע"י טיפול...)

4. נימוקים לבקשה

5. אנו הח"מ מבקשים לאשר לנו את הליך ברירת מין היילוד

חתימת הבעל:

חתימת האשה:

לתשומת לבכם:

כל ההליך לצורך אישור הבקשה לברירת מין היילוד (יעוץ רפואי, אבחון פסיכולוגי וכל בדיקה אחרת שתידרש לצורך ההליך), אינו כלול בסל הבריאות ועלותו חלה על הפונים.
הליך ההפריה החוץ גופית (IVF) והליך ברירת מין היילוד (PGD) וכל בדיקה אחרת הכרוכה בהליכים הנ"ל, אינה נכללת בסל הבריאות ועלותן חלה על הפונים בלבד.

מצ"ב חוזר מנכ"ל בנושא.