

טופס הסכמה: מספר העוברים שיוחזר לגוף האישה

NUMBER OF EMBRYOS IMPLANTED IN MOTHER

החזרת עובר/ים (ביצית/יות מופרית/רות) לגוף האישה (לרחם או לחצוצרה) הינה פעולה הנעשית כחלק מהפרייה חוץ גופית (IVF).

שם האישה: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

שם הבעל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

אני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי	שם משפחה

כי בעקבות ההפרייה החוץ גופית נוצר * _____ עוברים . מספר העוברים שיוחזרו יהיה בכפוף להנחיות משרד הבריאות ובהתאם להמלצות האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה.

לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיבוכים הצפויים בהריון מרובה עוברים על כל השלכותיו, המפורטים גם בסעיף 8 לטופס ההסכמה להפרייה חוץ גופית (IVF), אני/ו מסכימה/ים ומבקשת/ים בזאת להחזיר * _____ עוברים (להלן: "הטיפול").

אני/ו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול ייעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך הבעל/בן הזוג	שעה	חתימת האישה	חתימת

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה/בן זוגה ** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ו על הסכמתה לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא	חתימת הרופא	מס' רישיון

* ציין/י מספר העוברים בכתב ברור וקריא.
** מחק/י אם מיותר.

