המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: מספר העוברים שיוחזר לגוף האשה

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

שם האשה: _____ _____ _____ _____

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 משפחה שם פרטי

כי בעקבות ההפרייה החוץ גופית נוצרו [*] עוברים, וכי עלי/נו להחליט, בהתייעצות עם הרופא/ה המטפל/ת, על מספר העוברים שיוחזרו לגוף האשה.

לאחר שהוסברו לי/נו 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 לגוף האשה [*] 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/נו שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

_____ _____ _____ _____

תאריך | שעה | חתימת האשה | חתימת הבעל (במקרה של אשה נשואה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ו בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

_____ _____ _____

שם הרופא/ה | חתימת הרופא/ה | מס' רשיון

* ציין/י מספר העוברים בכתב ברור וקריא.

** מחק/י אם מיותר.

ס' 1997 נוב'/OBGYN/000/IVF/0006

ההסתדרות הרפואית בישראל
האגודה הישראלית למיילדות וגינקולוגיה

MRM
החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ