

הזרעה מלאכותית עם זרע של תורם לאישה פנויה

לצורך הזרעה מלאכותית מתקבל תרחיף זרעונים מוקפא בלבד מבנק זרע מוכר ומורשה על ידי משרד הבריאות תרחיף הזרעונים מוזרק לרחם באמצעות קטטר סטרילי בדרך נרתיקית, תוך צווארית או תוך רחמית. הסיכויים הידועים להצלחת הטיפול תלויים בגורמים לליקויי הפוריות והם כ- 15% למחזור טיפולי אחד

שם האשה

שם משפחה _____ שם פרטי _____

שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל מד"ר

שם משפחה _____ שם פרטי _____

(על הזרעה מזרע תורם, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אופן ביצועו וסיכויי הצלחתו (להלן: "הטיפול הוסבר לי תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבי בטן קלים ודימום קל שהולכים ופוחתים בדרך כלל תוך מספר שעות לאחר ההזרעה. כמו כן הוסבר לי הסיבוך האפשרי של זיהום באברי המין הפנימיים שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרמו לסתימת החצוצרות הוסבר לי כי שימוש בזרע מוקפא, למרות כל הבדיקות הנערכות בו, אין בו כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט הוסבר לי כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה אכנס להריון, או שכתוצאה מההזרעה אלד כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעלי מום, או בלתי נורמלי/ים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי

אני מסכימה כי התורם או התורמים של הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעת האשה או הזרע עצמו יבחר על ידי הרופא ולפי שיקול דעתו הבלעדי ולא אהיה רשאית לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש בהזרעת האשה, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו

אני נותנת בזאת את הסכמתנו לביצוע הטיפול

אני יודעת ומסכימה לכך שהטיפול יעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק אנו מוותרים בשמי, בשם יורשי, עזבוני ונציגי החוקיים ובשם כל מי שיבוא במקומי, על כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה מלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עמה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיוולד/ו, אם יוולד/ו, מנו/ם, מראהו/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם אני מסכימה ומצהירה כי הילד/ים שיוולד/ו כתוצאה מההזרעה ישאו/ו את שמני ויחשבו/ו כבני/בתי לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה

תאריך _____ חתימת האשה _____

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאשה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם

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

ההסתדרות הרפואית בישראל

האגודה הישראלית למיילדות וגניקולוגיה

החברה לניהול סיכונים ברפואה