

## מספר העוברים שיוחזרו לגוף האשה

החזרת עובר/ים (ביציות מופריות/רות) לגוף האשה (לרחם או לחצוצרה) הינה פעולה הנעשית כחלק מהפרייה (IVP) חוץ גופית.

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 עלינו להחליט, בהתייעצות עם הרופא/ה המטפלת, על מספר העוברים שיוחזרו לגוף האשה

לאחר שהובררו לי/לנו הסיכונים והסיבוכים הצפויים בהריון מרובה עוברים על כל השלכותיו, המפורטים גם בסעיף 8 אני/ו מסכימה/ים ומבקשת/ים בזאת להחזיר לגוף האשה (IVP) לטופס ההסכמה להפרייה חוץ גופית ("\* 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 מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה\*\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ו בפני לאתר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

ציין/י מספר העוברים בכתב ברור וקריא \*

מחקי את המיותר \*\*

ההסתדרות הרפואית בישראל

האגודה הישראלית למיילדות וגניקולוגיה