

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: הזרעה מלאכותית מזרע תורם אצל זוג נשוי (ARTIFICIAL INSEMINATION DONOR – MARRIED COUPLE)

הזרעה מלאכותית מתבצעת במקרים בהם לא מתאפשר הריון מזרעו של בן הזוג. 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. _____
שם הבעל: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____
הננו בעל ואשה נשואים מיום _____.

אנו מצהירים ומאשרים בזאת שקיבלנו הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הזרעה מזרע תורם, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אופן ביצועו וסיכויי הצלחתו (להלן: "הטיפול"). הוסברו לנו תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבי בטן קלים ודימום קל שהולכים ופוחתים בדרך כלל תוך מספר שעות לאחר ההזרעה. כמו כן הוסבר לנו הסיכון האפשרי של זיהום באברי המין הפנימיים שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרום לסתימת החצוצרות. הוסבר לנו כי שימוש בזרע מוקפא, למרות כל הבדיקות הנערכות בו, אין בו כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט. הוסבר לנו כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה האשה תהרה, או שכתוצאה מההזרעה היא תלד. כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעל/י מום, או בלתי נורמלי/ם וכן בעל/י נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי. אנו מסכימים כי התורם או התורמים של הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעה האשה או הזרע עצמו יבחר על ידי הרופא ולפי שיקול דעתו הבלעדי ולא נהיה רשאים לדעת את זהותו של האדם שכזרעו נעשה שימוש בהזרעה האשה, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו. אנו נותנים בזאת את הסכמתנו לביצוע הטיפול.

אנו יודעים ומסכימים ל כך שהטיפול יעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות וכי לא הובטח לנו שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

אנו מוותרים בשמנו, בשם יורשנו, עזובנו ונציגנו החוקיים ובשם כל מי שיבוא במקומו, על כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה המלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיוולד/ו, אם יוולד/ו, מינו/ם, מראהו/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.

אנו מסכימים ומצהירים כי הילד/ים שיוולד/ו כתוצאה מההזרעה ישא/ו את שמנו ויחשבו/ו כבנו/בתנו לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה.

תאריך _____ חתימת האשה _____ חתימת הבעל _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לבני הזוג את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הם חתמו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינו את הסברי במלואם.

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

