

# טופס הסכמה: מספר העוברים שיוחזר לגוף האישה

## NUMBER OF EMBRYOS IMPLANTED IN MOTHER

החזרת עוברים/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 נוצרו \* \_\_\_\_\_ 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 להפריה חוץ גופית (IVF), אני/ו מסכימה/ים ומבקשת/ים בזאת להחזיר לגוף האישה \* \_\_\_\_\_ 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 שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת האישה	חתימת הבעל/בן הזוג
_____	_____	_____	_____

אני מאשרת/ים 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.  
\*\* מחקי/י אם מיותר.