

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: הזרעה מלאכותית עם זרע של תורם לאשה פנויה (ARTIFICIAL INSEMINATION DONOR – SINGLE WOMAN)

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 עד 15% למחזור טיפולי אחד.

שם האשה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי 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 לי תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבי בטן קלים ודימום קל שהולכים ופוחתים בדרך כלל תוך מספר שעות לאחר ההזרעה. כמו כן הוסבר לי הסיכון האפשרי של זיהום באברי המין הפנימיים שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרום 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 מהזרעה 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 בעל/י מום, או בלתי נורמלי/ם וכן בעל/י נטיית תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.

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

אני מוותרת 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 המלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילדים שיולדו/ו, אם יולדו/ו, מינו/ם, מראהו/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.

אני מסכימה ומצהירה כי הילד/ים שיולדו/ו כתוצאה מההזרעה יש/או את שמי 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 _____

