



## טופס הסכמה: מספר העוברים שיוחזר לגוף האישה NUMBER OF EMBRYOS IMPLANTED IN MOTHER

החזרת עוברים (ביצית/יות מופרית/ות) 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/בן הזוג:			
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

אני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי קבלתי/נו הסבר בעל פה מד"ר

שם פרטי ושם 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/לנו הסיכונים והסיבוכים הצפויים בהריון מרובה עוברים על כל השלכותיו, המפורטים גם בסעיף 8 לטופס ההסכמה להפרייה חוץ גופית (IVF), אני/ו מסכימה/ים ומבקשת/ים בזאת להחזיר לגוף האישה \* \_\_\_\_\_ עוברים (להלן "הטיפול").

אני יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול ייעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

התחייבות לתשלום:

הנני/ו מתחייבת/ים בזה לשלם את כל הסכומים שיגיעו לכם, לפי התעריף המקובל אצלכם, שיהא בתוקף בעת התשלום בפועל, בצירוף מס ערך מוסף כחוק, על פי חשבונות שיוגשו לי. התשלום יבוצע באמצעות: מ - שיק/מזומן, מ - כרטיס אשראי, מ - התחייבות קופ"ח/ביטוח. ידוע לי ומוסכם כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.

חתימות: האישה:  הבעל/בן הזוג:  תאריך: \_\_\_\_\_

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאישה ולבעלה/בן זוגה\*\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הם חתמה/ו על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

מס' הרישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

\* ציין/י את מספר העוברים בכתב ברור וקריא  
\*\* מחקי/י אם מיותר