



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

החזרת עובר/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/ם ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

**שם משפחה**      **שם פרטי**

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 מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

**תאריך+שעה**      **חתימת האישה**      **חתימת הבעל/בן הזוג**

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

**שם הרופא/ה (חותמת)**      **חתימת הרופא/ה**      **תאריך ושעה**