



טופס הסכמה לשמירת עוברים מוקפאים ביחידה להפרייה חוץ גופית (IVF)

אני / אנו עוברים טיפול הפרייה חוץ גופית. בגמר הטיפול עשויים להיוותר ביציות או ביציות מופרות שלא הוחזרו לחלל הרחם ועל כן אנו מבקשים כי יעשה בהם מי מהדברים הבאים:

- הקפאתם לתקופה עד 5 שנים
- הפשרה מיידית של העוברים ללא שימוש
- תרומתם למחקר

אם הוחלט על הקפאתם, אני / אנו מתחייבים לפנות ליחידה בתום 5 שנים, ולבחור כי יעשה בהם מי מהחלופות הבאות:

- הקפאתם לתקופה של 5 שנים נוספות בתשלום עפ"י תעריף משרד הבריאות
- הפשרה מיידית של העוברים ללא שימוש
- תרומתם למחקר

להלן דרכי ההתקשרות עימי / עימנו:

כתובת: טלפון:

כתובת דוא"ל: @

אני / אנו מתחייבים לעדכן את דרך ההתקשרות במידה ויחול בה שינוי.

אם בפניה אלי / אלינו על פי דרך ההתקשרות האחרונה שנמסרה ליחידה לא התקבלה הוראה אחרת לבחירת אחת החלופות שפורטו, יופשרו הביציות או הביציות המופרות ללא שימוש.

הוסבר לי / לנו כי למרות החלטתי / החלטתנו להמשיך הקפאת הביציות או הביציות המופרות לחמש שנים נוספות, אי תשלום עבור המשך הקפאת הביציות או הביציות המופרות משמעותה כי אנו מוותרים על מתן שירות ההקפאה ופוטרים את היחידה להפרייה חוץ-גופית במרכז רפואי ת"א מהתחייבותה להמשיך הקפאתם בתום 5 שנים ראשונות.

אני/אנו הח"מ שם האשה ת"ז שם בן הזוג ת"ז

מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי קבלנו הסבר בעל פה מד"ר שם פרטי שם משפחה

על תהליכי הטיפול בביציות וביציות מופרות שלא נעשה בהם שימוש בתום תהליך הטיפול בהפרייה חוץ גופית.

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

תאריך שם הרופא חתימה וחותמת