

מדבקת מטופל

## טופס הסכמה: הזרעה מלאכותית עם זרע של תורם לאישה 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 כ- 15% למחזור טיפולי אחד.

שם האישה: \_\_\_\_\_

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

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

על הזרעה מזרע תורם, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אופן ביצועו וסיכויי הצלחתו(להלן: "הטיפול"). הוסבר לי תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבי בטן קלים ודימום קל שהולכים ופוחתים בדרך כלל תוך מספר שעות לאחר ההזרעה. כמו כן הוסבר לי הסיבוך 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 מההזרעה 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 בעלי מום, או בלתי נורמלי/ים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.

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

אני נותנת בזאת את הסכמתנו 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.

אנו מוותרים 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 מלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עמה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיוולדו, אם יוולדו, מנו/ם, מראה/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.

אני מסכימה ומצהירה כי הילד/ים שיוולדו/ו כ תוצאה מההזרעה ישאו/ו את שמני ויחשבו/ו כ בני/בתי לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת האשה \_\_\_\_\_

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה \_\_\_\_\_

נוכחים בשיחה: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ חתימת המטופל \_\_\_\_\_

שם האפוטרופוס חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

\_\_\_\_\_ מס' רשיון

\_\_\_\_\_ שם הרופא וחתימה