



תאריך: _____
הג-10339-2011

טופס 12

הסכמה להעברת דגימות זרע מוקפאות

שם האישה: _____ שם משפחה _____
שם פרטי _____ ת.ז. _____

שם בת הזוג: _____ שם משפחה _____
שם פרטי _____ ת.ז. _____

אנו החתומים מטה מצהירים בזאת כי דגימות הזרע (מס' אמפ' _____) השמורות בהקפאת ביחידת הפריה חוץ גופית בביה"ח _____ באחריות דר' _____ נלקחו על ידינו לשם טיפול הזרעה ביחידת הפריה חוץ גופית בביה"ח _____ באחריות דר' _____

| מס אמפולה | תאריך הקפאה | ריכוז זירעונים | נפח | אחוז בתנועה | אחוז פרוגרסיביים |
|-----------|-------------|----------------|-----|-------------|------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |





מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, Poriya

**היחידה להפריה חוץ גופית
מחלקת נשים ויולדות
מסונפת לפקולטה לרפואה בגליל
אוניברסיטת בר אילן
מנהל היחידה ד"ר ג'. יונס**

אנו מסכימים ומאשרים שהובלת דגימות הזרע תעשה על ידינו ועל אחריותנו המלאה בלבד.

הובהר לנו ומוסכם עלינו כי ביה"ח _____ ויחידת הפריה חוץ גופית באחריות
דר' _____ אינם אחראים לכל תקלה שעלולה להתרחש עקב העברת דגימות הזרע המוקפאות,
הטיפול בדגימות אלה, הפשרתן ותוצאות ההפשרה.

לראיה באנו על החתום:

1. חתימת האיש: _____

2. חתימת הבת זוג: _____

עד לחתימה: _____ חתימה: _____

בכבוד רב

מעבדת הפריה חוץ-גופית
מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה

