



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 פרופ' משה בן עמי  
מנהל היחידה ד"ר ג'. יונס

**טופס הצהרה על המשך הסכמה לטיפולי הפריה חוץ גופית (IVF)**

בהמשך לטופס ההסכמה מיום \_\_\_\_\_ עליו אנו חתומים,

אנו :

שם האישה : \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שם בן הזוג: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מצהירים בזאת שלא חל כל שינוי במצבנו הבריאותי מאז הטיפול הקודם לרבות מחלה אשפוז או ניתוח.  
במידה וכן נא לפרט :

---



---



---

מצהירים בזאת שלא חל שום שינוי בסטטוס המשפחתי או במערכת הזוגית שלנו.

מצהירים בזאת שקראנו בעיון, הוסבר לנו והבנו את שלבי הטיפול על סיכוניהם כפי שחתמנו עליהם בטופס ההסכמה לטיפולי הפריה חוץ גופית.  
בזאת אנו נותנים הסכמה לכל שלבי הטיפול לרבות הטיפול התרופתי, השאיבה, ההרדמה, החזרת העוברים, הטיפול במעבדה בזרע ובביציות והקפאת הביציות המופרות.  
אנו מתחייבים להודיע לצוות הרפואי על כל שינוי רפואי או משפחתי שיתרחש.  
אנו מתחייבים ליידע את היחידה בכתב על כל שינוי בכתובת מאז הטיפול האחרון.

תאריך : \_\_\_\_\_

חתימת האישה : \_\_\_\_\_ -- חתימת בן הזוג : \_\_\_\_\_

חותמת וחתימת הרופא : \_\_\_\_\_

