

מדבקה האישה

העברת תשובות של בדיקות מעבדה / בדיקות עדכניות - ליחידת IVF

אנו:

שם האישה: _____ ת.ז.: _____

שם בן הזוג: _____ ת.ז.: _____

מאשרים בזאת כי:

☐ הובהר לנו כמקובל, ששבוע לפני התחלת הטיפול הנוכחי עלינו להעביר את כל תשובות בדיקות המעבדה ו/או בדיקות אחרות כפי שהתבקשנו, ליחידת ה - IVF באסותא.

☐ קיבלנו הפנייה לביצוע בדיקות מעבדה עדכניות.

הובהר לנו, שללא בדיקות אלו במועד, לא נוכל לבצע טיפול נוסף כלשהו, כגון: שאיבה, החזרת עוברים או כל פעולה אחרת המבוצעת ביחידת IVF באסותא (ליחידת ה - IVF, יש את הזכות לבטל את המשך הטיפול ללא כל התחייבות להחזר כספי).

ידוע לנו שבמידה והבדיקות לא הגיעו מקופת חולים ועל מנת להימנע מביטול הפעולה, יש באפשרותנו לבצען בדחיפות (בתשלום נוסף) בבית חולים אסותא או מעבדה פרטית.

חתימת המטופלת: _____

חתימת בן הזוג: _____

תאריך: _____

עד לחתימה – איש צוות:

שם מלא: _____ ת.ז.: _____

חתימה: _____



טופס הסכמה לקבלת הוראות טיפול תרופתי מרחוק

שם האישה: _____ ת.ז.: _____

שם בן הזוג: _____ ת.ז.: _____

הנני/ו נותנת/ים בזה את הסכמתי/נו לקבל באמצעות: הטלפון / הפקס / דואר אלקטרוני את הוראות הטיפול
כפי שיינתנו על ידי רופאי היחידה / רופא פרטי / אחות, בהתייחס לכל טיפולי הפריז.

מספר טלפון / פקס / דואר אלקטרוני שבהם ניתן למסור את ההוראות הרפואיות, במקרה ולא אתקשר
לבררם בעצמי הינם:

מספר טלפון: _____ מספר טלפון נוסף: _____

מספר פקס: _____

דואר אלקטרוני: _____

במידה ולא ניתן להשיג אותי/נו, אבקש למסור את ההוראות ל:

שם מלא: _____ מספר טלפון: _____ קרבה: _____

הובהר לי שהנחיות בפקס יינתנו אך ורק למכשיר פקס אישי הנמצא ברשותי.

תנאים נוספים שהנני/ו מבקשת/ים כדי להבטיח סודיות הינם:

חתימת האישה: _____ חתימת בן הזוג: _____

תאריך: _____

עד לחתימה:

שם מלא: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

מדבקה	מדבקה
-------	-------

ייפוי כוח למספר הביציות המופרות המוחזרות לרחם

אני החתום מטה:

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

עובר ביחד עם בת זוגי:

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

(להלן "בת הזוג"),

טיפולי הפריה חוץ גופית בבית החולים "אסותא".

במידה שלא אהיה נוכח בשלב החזרת הביציות המופרות, אני מייפה בזאת את כוחה של בת זוגי להחליט באופן בלעדי על מספר הביציות המופרות שיוחזרו לרחמה.

תוקף ייפוי הכוח הוא לשנה מיום חתימתו או עד לביטולו בהודעה שתשלח על ידי בכתב ותאושר על ידי בית החולים, לפי המוקדם.

במידה ולא אעביר בכתב הנחייה אחרת, יהיה האישור הנוכחי בר תוקף למשך שנה מיום חתימתו ולא תהיה לי טענה מסוג כל שהוא ליחידה בשל השימוש בביציות המופרות בהתאם לאמור במסמך הנוכחי.

תאריך: _____ חתימה: _____

עד לחתימה:

שם מלא: _____ ת.ז.: _____

חתימה: _____



הנחיה ליחידה להפריה החוץ גופית לשימוש עתידי בביציות מופרות מוקפאות

אנו החתומים מטה:

שם: _____ ת.ז.: _____ (להלן: "האישה")

שם: _____ ת.ז.: _____ (להלן: "בן הזוג")

מצהירים בזאת כי הוסבר לנו ואנו מבינים, כדלקמן:

בתום כל מחזור טיפול, עשויות להיוותר ביציות מופרות עודפות. לא כל הביציות המופרות העודפות הינן באיכות המאפשרת הקפאה והישרדות לאחר הפשרה. את הביציות המופרות בעלות האיכות המתאימה להקפאה ניתן להקפיא ללא תשלום לתקופה שלא תעלה על 5 שנים.

במידה שבמהלך שנים אלה, נהיה מעוניינים בהפשרת הביציות המופרות, אשר משמעה השמדתן, או שנהיה מעוניינים בתרומתן למחקר, נפנה מיזמתנו ליחידה להפריה החוץ גופית (להלן "היחידה") עם בקשתנו הנ"ל.

אנו מורים לבית החולים לפעול בהתאם לחלופה הבאה בתום 5 השנים האמורות.

☐ המשך ההקפאה בתשלום ל - 5 שנים נוספות.

☐ הפשרה שמשמעה השמדת הביציות המופרות.

☐ תרומה למחקר.

אלה הם פרטי ההתקשרות עימנו ואנו מתחייבים לעדכן את היחידה בכל שינוי בהם:

כתובת: _____

טלפון 1: _____

טלפון 2: _____

דואר אלקטרוני: _____

הובהר לנו שעד שלא תתקבל מאיתנו הודעה בכתב לגבי שינוי באחד מהפרטים הנ"ל, התקשורת בין היחידה ובינינו תעשה לכתובת הדואר והדוא"ל ולמספרי הטלפון כפי שצוינו לעיל.

אנו מבינים ומסכימים, כי ככל שבחרנו לעיל באפשרות להמשך הקפאה בתשלום לחמש שנים נוספות, עלינו האחריות לפעול לביצוע התשלום לבית החולים, מראש. כמו כן, במידה שפרטי התקשרות עמנו ישתנו, ולא ניידע בכך את היחידה, וכתוצאה מכך לא ניתן יהיה ליצור עמנו קשר, תהא היחידה פטורה מלהמשיך ולהקפיא את הביציות המופרות, אשר משמעה, השמדתן.

לא תהיינה לנו כל טענות, דרישות ותביעות, מכל סוג שהוא, כנגד היחידה להפריה חוץ גופית בעניין זה. להנחיה זו יש לצרף צילום עדכני של תעודות הזהות שלנו, כשהוא חתום על ידי כל אחד מאתנו.

ולראיה באנו על החתום:

חתימת האישה: _____

חתימת בן הזוג: _____

תאריך: _____

עד לחתימה:

שם מלא: _____

ת.ז.: _____

חתימה: _____