

## 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 סטריילי בדרך נרתיקית, תוך צווארית, תוך רחמית או שנעשה בו שימוש במערכת IVF. הסיכויים הידועים להצלחת הטיפול תלויים בגורמים לליקויי הפוריות והם עד 15% למחזור טיפולי אחד.

שם המשפחה	שם פרטי
שם האב	מספר ת.ז.
אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, מדוקטור	שם הרופא

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 באיברי 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 בכדי 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 בעל/י מום, או בלתי נורמלי/ם, וכן בעל/י נטיות תורשיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.  
אני מסכימה כי התורם או התורמים של הזרע בו יעשה שימוש בהזרעה, או הזרע עצמו, ייבחר ע"י הרופא ולפי שיקול דעתו הבלעדי, ולא אהיה רשאית לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש, את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו.

אני נותנת בזאת את הסכמתי 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 מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.  
אני מוותרת בשמי, בשם יורשי, עזבוני, נציגי החוקיים ובשל כל מי שיבוא במקומי, על כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע הזרעה המלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עמה הוא נמנה, וכן לגבי הילד/ים שיוולד/ו, אם יולד/ו, מינו/ם, מראהו/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.  
אני מסכימה ומצהירה כי הילד/ים שיוולד/ו כתוצאה מההזרעה, ישא/ו את שמי ויחשב/ו כבני/בתי לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה.

ידוע לי ומוסכם כי לא תחול עליכם כל אחריות בגין חפצים, כספים, תכשיטים או כל דברי ערך.

תאריך	חתימת האישה
שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה
מספר רשיון	

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאשה את כל האמור לעיל, בפרוט הדרוש, וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם