



**נלווה לטופס הסכמה להחזרת ביציות מופרות לגוף האישה
(מעבדת BIRTH)**

אני _____ ת.ז. _____ (בת זוג)

אני _____ ת.ז. _____ (בן זוג)

אנו מצהירים בזאת כי ידוע לנו שהביציות המופרות שלנו המיועדות להחזרה אל רחם האישה יובאו מיחידת IVF בקייב BIRTH על ידי מרפאת ל.ב. נמסר לנו כי ההכרה של משרד הבריאות באפשרות לייבא ביציות מ BIRTH הופסקה בתחילת שנת 2024 בשל חשד לאי סדרים במרפאה, שנמצאים בתהליכי בדיקה. כמו כן, הוסבר לנו כי משרד הבריאות מצא כי הביציות נשמרו במרפאת ל.ב. שלא בהתאם לנהלי משרד הבריאות, וכי מרפאת ל.ב. נסגרה בצו, בין היתר בשל כך. אנו מצהירים כי המידע הנ"ל נמסר לנו טרם החזרת העוברים, וכי הוסבר לנו על האפשרות לפנות ליועץ גנטי, לבצע בדיקות נוספות טרם ההחזרה או במהלך ההיריון בהתאם להמלצות הרפואיות או שלא להחזיר את הביציות המופרות הללו. אנו מצהירים כי הבנו את האמור ואנו בוחרים לבצע החזרה של העוברים הללו. הפשרת והחזרת העוברים תבוצע רק לאחר חתימה על המסמך הנ"ל, בצירוף צילומי תעודות זהות וחתימת הרופא המטפל.

_____	_____	_____
חתימת בן זוג	חתימת האישה	תאריך
_____	_____	_____
חתימת רופא מטפל		תאריך