

موافقه على عملية سحب البويضات والتلقيح خارج الجسم وإرجاع الأجنة

انا الموقعة أدناه.....

أوافق على إجراء عملية سحب البويضات و التلقيح خارج الجسم ونقل الأجنة لي. وأصرح على أنه قد تم الشرح لي عن تكلفة و تفاصيل العلاج/ العملية وما قد يترتب عليها من مضاعفات (بما في ذلك: نزيف، التهاب، تحريض مفرط) وكذلك اعلمت انني ساتحمل تكاليف اي علاج إضافي قد يلزم في حالة حدوث مضاعفات . كذلك تم الإجابة جميع الأسئلة عن طريق الطبيب العالج أو الفريق الطبي القائم على رعايتي الصحية. علمت أيضاً بأنني سأخضع الى التخدير العام.

وأعلمت بأنه لا ضمانة في وجود بويضات.

وأعلمت بأنه لا ضمانة في حدوث التلقيح أو الحمل و لا ضمانة بأننا سنجد أجنة من جنس معين.

وأعلمت أنه في حالة اختيار جنس الجنين، تكون النتيجة صحيحة بنسبة 98%.

كذلك أعلمت انه في حالة عدم حدوث حمل لا حق لي بطلب ارجاع ما دفعته من اتعاب.

وأعلمت انه سيتم اتلاف جميع الجنة التبقية بعد الإرجاع والتي لم يتم الموافقة على تجميدها.

اسم المريضة:..... اسم الزوج

توقيع المريضة:..... توقيع الزوج

التاريخ:

اسم الطبيب:

توقيع الطبيب:

التاريخ: