

טופס קבלה

ב"ה

מס' מערכת: _____

תאריך: _____

מס' רץ: _____

שם משפחה גבר _____ שם פרטי גבר _____ מס' ת.ז. _____ ת. לידה _____ טל' בית _____ טל' נייד _____

שם משפחה אישה _____ שם פרטי אישה _____ מס' ת.ז. _____ ת. לידה _____ טל' בית _____ טל' נייד _____

כתובת מגורים:

רחוב _____ מס' בית _____ יישוב _____ מיקוד _____ ארץ _____

משלוח התשובה (אנא בחר):

- בדואר רגיל לכתובת המגורים / כתובת אחרת: _____
- לפקס מספר: _____
- בדואר אלקטרוני לכתובת: _____ (יש צורך לאשר בטופס מיוחד)
- אבוא לקחת בעצמי

שם הרופא המטפל: _____ מרכז רפואי (למטופלי IVF): _____

מי הפנה אותך למעבדה:

- ביזמתי _____ ע"י הרופא _____
- ע"י מכון _____ ע"י קופת חולים _____
- אחר _____

פרטי מתן הזרמה: (אנא ענה בתשומת לב)

שעת נתינת הזרע: _____ שעת הגעה למעבדה: _____ מס' ימי הימנעות מיחסי מין: _____

צורת נתינת הזרע: (סמן בעיגול)

אוננות בבית / אוננות במעבדה / קונדום / משגל נסוג / איסוף מהאישה
 האם הכלי היה יבש לפני הנתינה: _____ האם היו קשיים במתן הזרמה: _____
 האם כל החומר נכנס לכלי: _____ האם החומר היה קרוש: _____

היסטוריה רפואית מקוצרת:

זמן המתנה לילד: _____ שנים
 מס' כישלונות בהזרעות: _____ מס' כישלונות בהפריה חוץ גופית בשיטת המיקרו-מניפולציה (ICSI): _____
 מס' כישלונות במיקרו-מניפולציה לאחר מיון תאי זרע (IMSI): _____ מס' הפלות ספונטניות: _____ באיזה שבוע: _____

אם הגעת להשבחה או למיון תאי זרע, האם תסכים שנשאל אותך אודות הצלחת הטיפול? כן / לא

למילוי ע"י המעבדה:

סוג הבדיקה: _____
 עלות: התחייבות / תשלום: _____ חייב: _____
 תאריך משלוח התשובה: _____