



אנו מוותרים בשמי, בשם יורשי, עזבוני ונציגי החוקיים ובשם כל מי שיבוא במקומי, על כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה מלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עמה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיוולדו/ו, אם יוולדו/ו, מנו/ם, מראה/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.

אני מסכימה ומצהירה כי הילד/ים שיוולדו/ו כתוצאה מההזרעה ישא/ו את שמני ויחשבו/ו כבני/בתי לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה.

תאריך	שעה	חתימת האישה
-------	-----	-------------

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
--------------------	---------------	------------