

Inszemináció:



Észak-Közép-budai Centrum Új Szent János Kórház és Szakrendelő 010620400

Vezető főorvos: Dr. Konc János orvostudomány kandidátusa
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: Közvetlen: 458- 4579, 458- 4580, központ 458- 4500 Internet: www.janoskorhaz.hu

Inszemináció Tájékoztató – Kérelem – Nyilatkozat

Név:.....

Név:.....

BMC:.....

1./ Az ajánlott kezelés leírása: Kezelt, tisztított spermium méhüregbe juttatása

Indikáció: női, férfi, vagy a kettő kombinációjából álló meddőség

2./ A beavatkozás célja: terápiás (gyógyító)

3./ Kockázatok és előnyök: a fenti kezeléssel az eddig elmaradt terhesség bekövetkeztének valószínűsége kb.10%. Az ovuláció indukciós kezelés jellegéből adódóan ikerterhességeknél jellemző kb. 1%-os gyakorisággal számolni kell szövödményes, esetleg méhen kívüli terhességgel, vetéléssel is, úgy mint természetes úton fogant terehességeknél is.

A fejlődési rendellenességek előfordulási gyakorisága megegyezik a természetes úton fogant terhességeknél észleltekkkel – ezek túlnyomó részének kizárására a terhesség első, második harmadában genetikai vizsgálat elvégezhető.

Az inseminációnál felhasznált gyógyszerek, eszközök, anyagok nem károsítják a pácienseket, sem a fejlődő embriót – széleskörű irodalmi adatok alapján – sem genetikai, sem egyéb szempontból.

A gyógyszeres tüszőérés mellékhatásaként a petefészekben jóindulatú tömlők (ciszták) képződhetnek, melyek miatt igen ritka esetekben további kezelés is szükségessé válhat.

Kezelőorvosomtól kapott részletes orvosi tájékoztatást követően beleegyezem és kérem, hogy az előzetes ovuláció indukciós kezelés után, vagy anélkül: házastársam (élettársam) előkezelt spermájával mesterséges megtermékenyítésemet megkíséreljék.

Tudomásul veszem, hogy a fentiekben részletezett mellékhatások, szövödmények az inszemináció kockázati körébe tartoznak, melyek bekövetkezése esetén az inszemináció előkészítésében, valamint elvégzésében résztvevő személyzet, valamint kezelőorvosom semminemű felelősség nem terheli.

Alulírott pár a nyilatkozatban leírtakkal egyetértünk, és az inszeminációs kezelés elvégzésére a kezelőorvosom felkérem. Egyidejűleg elfogadjuk, hogy a kezelés esetleges sikertelenségével, következményeivel járó kockázatviselés minket terhel.

A fenti nyilatkozatot cslskvőképességünk és tudatunk teljes bírtokában elolvastuk, megértettük, a fennálló kockázatokat tudomásl véve azokat mérlegelve írjuk alá.

1
Megértettük, és elfogadjuk, hogy az inszeminációval fogant megszületett gyermek jogállása a hatályos törvények értelmében a természetes úton fogant vér szerinti gyermekével megegyező annak összes jogi , erkölcsi és anyagi következményeivel.

Budapest, 20.....

.....
Felelség/élettárs

.....
férj/élettárs

.....
orvos

.....
biológus

.....
tanú

.....
tanú