

## טופס מותאם למילוי במחשב

### איך ממלאים את הטופס?

#### שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

#### ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו  בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתוודע דרך המחשב. הדפיסו את המסמך והתמו עליו בעט.

#### שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות Download

**הקובץ לא נפתח?** יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#)



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#)

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרים את מכבי שירותי בריאות מאחריות לאי-דליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



## בדיקת אולטרסאונד לאישה ההרה - הצהרת הנבדקת

סקירה מוקדמת (שקיפות עורפית) - עותק לחברה

פרטי הרופא/ה המטפל/ת (המפנה לבדיקה):

שם	תפקיד	מס' רשיון

בדיקת Ultra Sound מתבצעת בהתאם להנחיות החברה הישראלית לאולטרסאונד במיילדות וגינקולוגיה ובהתאם לסל שירותי הבריאות. היא אינה מחליפה דיקור מי שפיר ובדיקה תקינה אינה שוללת קיום תסמונות גנטיות או תסמונות כרומוזומליות. ניתן לבצע בדיקות נוספות, במסגרות שונות (פרטיות ואחרות) על חשבון הנבדקת.

1. ידוע לי כי בדיקת האולטרסאונד שאבצע הינה בדיקה מוקדמת.
2. הובהר לי כי הבדיקה נעשית לפי הפניית הרופא המטפל וכי נתוני העובר שייבדקו הם אלה שיודגמו ויסומנו בטופס הבדיקה.
3. ידוע לי כי יש אפשרות לבדוק נתונים נוספים, אשר אינם מהווים חלק מהבדיקה במכוון.
4. ידוע לי כי בדיקת האולטרסאונד בהריון היא בדיקה מוגבלת, אשר איננה יכולה ואיננה מתיימרת לאתר מומים או פגמים בעובר בכל מקרה ובכל הריון.
5. ידוע לי כי ישנם מומים אשר לא ניתן לגלותם בבדיקת אולטרסאונד וכן ידוע לי כי מידת הדיוק ויכולת האיתור של מומים או פגמים תלויות במיקום העובר, בתנוחתו ובתנועותיו וכן במידת העבירות של גלי הקול דרך הרקמות.
6. ידוע לי כי תוצאות הבדיקה של העובר באולטרסאונד משקפות, במסגרת המגבלות הקיימות, את המצב בזמן הבדיקה, וכי יש מומים שעלולים להתגלות רק בשלבים מתקדמים יותר של ההריון.
7. לאחר שהבנתי את כל האמור לעיל, אני מעוניינת ומסכימה לביצוע הבדיקה במכון האולטרסאונד של מכבי שירותי בריאות ו/או במרפאתה ו/או במתקניה, במגבלות האמורות לעיל.

פרטי המבוטחת:

שם	מס' תעודת זהות (9 ספרות)	חתימה

יש לחתום על הטופס בנוכחות הרופא/ה המבצע/ת את הבדיקה:

שם הרופא/ה	חתימה	תאריך

## בדיקת אולטרסאונד לאישה ההרה - הצהרת הנבדקת

סקירה מוקדמת (שקיפות עורפית) - עותק לרופא המטפל

פרטי הרופא/ה המטפל/ת (המפנה לבדיקה):

שם	תפקיד	מס' רשיון

בדיקת Ultra Sound מתבצעת בהתאם להנחיות החברה הישראלית לאולטרסאונד במיילדות וגינקולוגיה ובהתאם לסל שירותי הבריאות. היא אינה מחליפה דיקור מי שפיר ובדיקה תקינה אינה שוללת קיום תסמונות גנטיות או תסמונות כרומוזומליות. ניתן לבצע בדיקות נוספות, במסגרות שונות (פרטיות ואחרות) על חשבון הנבדקת.

1. ידוע לי כי בדיקת האולטרסאונד שאבצע הינה בדיקה מוקדמת.
2. הובהר לי כי הבדיקה נעשית לפי הפניית הרופא המטפל וכי נתוני העובר שייבדקו הם אלה שיודגמו ויסומנו בטופס הבדיקה.
3. ידוע לי כי יש אפשרות לבדוק נתונים נוספים, אשר אינם מהווים חלק מהבדיקה במכוון.
4. ידוע לי כי בדיקת האולטרסאונד בהריון היא בדיקה מוגבלת, אשר איננה יכולה ואיננה מתיימרת לאתר מומים או פגמים בעובר בכל מקרה ובכל הריון.
5. ידוע לי כי ישנם מומים אשר לא ניתן לגלותם בבדיקת אולטרסאונד וכן ידוע לי כי מידת הדיוק ויכולת האיתור של מומים או פגמים תלויות במיקום העובר, בתנוחתו ובתנועותיו וכן במידת העבירות של גלי הקול דרך הרקמות.
6. ידוע לי כי תוצאות הבדיקה של העובר באולטרסאונד משקפות, במסגרת המגבלות הקיימות, את המצב בזמן הבדיקה, וכי יש מומים שעלולים להתגלות רק בשלבים מתקדמים יותר של ההריון.
7. לאחר שהבנתי את כל האמור לעיל, אני מעוניינת ומסכימה לביצוע הבדיקה במכון האולטרסאונד של מכבי שירותי בריאות ו/או במרפאתה ו/או במתקניה, במגבלות האמורות לעיל.

פרטי המבוטחת:

שם	מס' תעודת זהות (9 ספרות)	חתימה

יש לחתום על הטופס בנוכחות הרופא/ה המבצע/ת את הבדיקה:

שם הרופא/ה	חתימה	תאריך