

הועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים  
טופס מס' 6

**אנמנזה גינקולוגית / מיילדותית  
לאם המיועדת**

שם האשה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_  
שם הבעל \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_  
שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

**מחלות כלליות:**

-----  
-----  
-----

**עבר גינקולוגי:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**הסיבות לאי-יכולת להרות או לשאת הריון:**

-----  
-----  
-----



-----

=====  
כתובת המשרד: רח' רבקה 29, ירושלים, קומה ד'  
מען למכתבים: ת"ד 1176, ירושלים, מיקוד 91010  
מס' טלפון: 02-6725842 פקס: 02-5681275/460  
=====