

## BLANKET B

### Anmodning om svangerskabsafbrydelse/fosterreduktion

Undertegnede, der har forældremyndigheden over:

Navn	CPR-nummer
Adresse	Telefonnummer, privat
Postnummer/by	Telefonnummer, arbejde
E-mailadresse	

samtykker herved i, at hun får foretaget svangerskabsafbrydelse/fosterreduktion.

Vi/Jeg erklærer, at vi/jeg af medundertegnede læge er blevet vejledt om indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet. Vi/Jeg er endvidere blevet gjort opmærksom på, at jeg ved henvendelse til regionen kan få vejledning om de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel. Vi/Jeg er endvidere blevet vejledt om, at abortsøgende m.v. kan få støttesamtaler før og efter indgrebet.

**Forældremyndighedsindehaveren:**

Sted	Underskrift
Dato	

**Forældremyndighedsindehaveren:**

Sted	Underskrift
Dato	

Det bekræftes, at ovenstående vejledning er givet.

Lægens underskrift og stempel
-------------------------------

Denne blanket indsendes til sygehuset sammen med blanket A og indlæggelsesseddel. Foretages henvisningen elektronisk, skal den underskrevne blanket opbevares af den henvisende læge, jf. reglerne herom i autorisationslovens kapitel 6.