

Undertegnede, der har forældremyndigheden over/der er værgе for:

Navn
Adresse
CPR.

Samtykker herved i, at hun får foretaget svangerskabsafbrydelse.

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 der hos det amtskommunale socialcenter (i København magistraten og på Frederiksberg kommunen) kan fås vejledning om de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel.

Faderen ...	Sted	Dato
	Underskrift	
Moderen ...	Sted	Dato
	Underskrift	
Værgen ...	Sted	Dato
	Underskrift	

At ovenstående vejledning er givet, bekræftes.

Lægens underskrift og stempel

Denne blanket indsendes til sygehuset sammen med blanket A og indlæggelses sedel.