

## BLANKET C

### Anmodning om svangerskabsafbrydelse/fosterreduktion

Undertegnede, der er beskikket som væрге for:

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

**anmoder herved om, at hun får foretaget svangerskabsafbrydelse/fosterreduktion.**

Jeg erklærer, at 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. 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. Jeg er endvidere blevet vejledt om, at abortsøgende m.v. kan få støttesamtaler før og efter indgrebet.

**Værgens underskrift:**

Sted	Værgens underskrift
Dato	

**Det bekræftes, at ovenstående vejledning er givet.**

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

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