

- AB 2
 Bilaga

| | |
|---|---|
| <p>Grunder för att avbrytande av havandeskapet begärs</p> | <p>22 Grunder för att avbrytande av havandeskapet begärs (Vid behov kan flera alternativ kryssas för)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Havandeskapets längd 12+0 eller mindre (L 1 § 1 mom.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sjukdom, kroppsskada eller svaghet medför fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.)*</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Levnadsförhållandena och övriga omständigheter orsakar avsevärd belastning (L 1 § 3 mom. 1 punkten)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sexualbrott (L 1 § 3 mom. 3 punkten)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Under 17-åring (< 17 år) vid tidpunkten när havandeskapet inleddes (L 1 § 3 mom. 6 punkten)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Hade fyllt 40 år (≥ 40 år) vid tidpunkten när havandeskapet inleddes (L 1 § 3 mom. 5 punkten)</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Har fött fyra (≥ 4) barn (L 1 § 3 mom. 5 punkten) källa: <input type="checkbox"/> A journal-handlingar <input type="checkbox"/> B myna. tor digitalisering o. befolkningsdata <input type="checkbox"/> C sökanden själv <input type="checkbox"/> D annan</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Risk för svår sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning eller anatomisk avvikelse hos fostret/barnet (L 1 § 3 mom. 4 punkten)*</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Konstaterad svår sjukdom eller anatomisk avvikelse hos fostret (L 5 a §)*</p> <p><input type="checkbox"/> 9 En sjukdom hos någondera av barnets föräldrar eller en annan därmed jämförbar orsak begränsar allvarligt skötseln av barnet (L 1 § 3 mom. 2 punkten)*</p> <p><input type="checkbox"/> 11 läkarutlåtande eller kopia av patienthandlingar</p> <p><input type="checkbox"/> 21 blankett AB 2 bifogas vid behov (alltid till Valvira)</p> <p><input type="checkbox"/> 31 eventuell brottsanmälan bifogas</p> <p><input type="checkbox"/> 71 blankett AB 3 fogas alltid som bilaga</p> <p><input type="checkbox"/> 81 blankett AB 3 fogas alltid som bilaga</p> <p><input type="checkbox"/> 91 läkarutlåtande eller kopia av journalhandlingar</p> <p>23 * Diagnoser (verbalt och som ICD-10-koder, utan punkt) ICD-10-koder <input type="checkbox"/> Bilaga</p> <p><input type="checkbox"/> 1 kvinnans diagnoser (L 1 § 2 mom.)</p> <p><input type="checkbox"/> 7 eller 8 fostrets / det väntade barnets diagnoser (L 1 § 3 mom. 4 punkten eller L 5 a §)</p> <p><input type="checkbox"/> 9 moderns eller faderns diagnoser (L 1 § 3 mom. 2 punkten)</p> <p>24 Motivering till varför avbrytandet av havandeskapet fördröjts (L 1 § 4 mom.) (Ifylls endast om havandeskapet varat över 12+0; ifylls dock inte ens i detta fall, om sökanden varit under 17 år (<17 år) när sökanden gjordes gravid eller om tillstånd för avbrytande av havandeskapet begärs på grund av s.k. hälsorisk (L 1 § 2 mom.) eller på fosterindikation under vecka 20+1–24+0 (L 5 a §))</p> <p><input type="checkbox"/> 1 osäker menstruationsanamnes och därför sent konstaterande av havandeskapet</p> <p><input type="checkbox"/> 2 svårt att fatta beslut</p> <p><input type="checkbox"/> 3 svårt att komma till en läkarmottagning</p> <p><input type="checkbox"/> 4 förändring i sökandens parrelation</p> <p><input type="checkbox"/> 5 depression, trötthet, mentala problem</p> <p><input type="checkbox"/> 6 misslyckad abort tidigare under det aktuella havandeskapet</p> <p><input type="checkbox"/> 7 annan orsak, vilken _____</p> <p>Ytterligare information <input type="checkbox"/> AB 2 <input type="checkbox"/> AB 3 <input type="checkbox"/> Bilaga</p> |
| <p>Sökandens underskrift</p> | <p>25 Jag ansöker om tillstånd till att mitt havandeskap får avbrytas. Om ärendet som gäller avbrytande av mitt havandeskap handläggs av en annan enhet inom hälso- och sjukvården, ger jag tillstånd till att uppgifter får lämnas ut till de yrkesutbildade personer och verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som handlägger ärendet. Om ärendet som gäller avbrytande av mitt havandeskap handläggs av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, är jag medveten om att mina uppgifter kan lämnas ut till verket i syfte att avgöra ärendet i fråga om min ansökan om avbrytande av havandeskap. Samtidigt försäkrar jag att jag har informerats om innebörden och följderna av avbrytande av havandeskap. Jag intygar att de uppgifter jag lämnat är korrekta. (Den gravidas underskrift endast om havandeskapet varat längre än 12+0. Intressebevakarens underskrift samt bilagor oberoende av havandeskapets längd.)</p> <p>Ort _____ Datum _____ Sökandens egenhändiga underskrift _____</p> <p><input type="checkbox"/> E2 En intressebevakare som sökande <input type="checkbox"/> E3 Fritt formulerad ansökan av intressebevakaren</p> |
| <p>Ifylls av läkare med behörighet att ge utlåtande, när grunden är fara för hälsan (L 1 § 2 mom.)</p> | <p>26 Förutsättningar för avbrytande av sökandens havandeskap (Ifylls endast när grunden är fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.) och havandeskapet varat längre än 12+0)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 föreligger</p> <p><input type="checkbox"/> 2 föreligger inte</p> <p>Motivering (Ifylls alltid om den läkare som är behörig att ge utlåtande inte förordar sökandens ansökan om avbrytande av havandeskap. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)</p> <p>Sökanden vill att ansökan hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) för beviljande av tillstånd till avbrytande av havandeskapet (L 6 § 2 mom.) <input type="checkbox"/> Bilaga</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nej</p> |
| <p>Ifylls av läkare som lämnar utlåtande till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården</p> | <p>27 Ansökan om tillstånd till att avbryta havandeskapet hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, eftersom</p> <p><input type="checkbox"/> 1 grunder enligt lagen föreligger, men havandeskapet har varat över 12+0 men högst 20+0 gv (12+1–20+0 gv) (L 1 § 3 mom.)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 grunden är en konstaterad sjukdom eller kroppsskada hos fostret (20+1–24+0 gv) (L 5 a §)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 det inte föreligger några lagliga förutsättningar för avbrytande av havandeskapet (12+1–24+0 gv)</p> <p>28 Adress/verksamhetsenhet till vilken beslutet från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ombeds bli sänt</p> <p>_____</p> |
| <p>Läkarens underskrift (Ifylls alltid)</p> | <p>29 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant</p> <p>Ort _____ Datum _____ Underskrift _____</p> <p>Yrkesbeteckning och verksamhetsenhet _____ Namnförtydligande och identifikationskod _____</p> |
| <p>Ifylls av ingreppsläkaren, när grunden är fara för hälsan (L 1 § 2 mom.)</p> | <p>30 Havandeskapets längd (bästa uppskattning vid tidpunkten för bedömning) (Ifylls endast när grunden är fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.) och havandeskapet varat längre än 12+0)</p> <p>veckor _____ dagar _____ datum för när bedömningen gjordes _____</p> <p>31 Bedömningen av havandeskapets längd baserar sig på</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ultraljudsundersökning</p> <p><input type="checkbox"/> 2 införande av embryo / insemination</p> |

_____ + _____ | _____ | 2 0 | _____

(vid medicinsk abort av den läkare som inlett läkemedelsbehandlingen)

32 Förutsättningar för avbrytande av sökandens havandeskap

(fylls endast när grunden är fara för den gravidas liv eller hälsa (L 1 § 2 mom.) och havandeskapet varat längre än 12+0)

1 Jag instämmer i det utlåtande ovan från läkaren med behörighet att ge utlåtande som förordar avbrytande av havandeskapet.

2 Jag instämmer inte i utlåtandet ovan från läkaren med behörighet att ge utlåtande.

Motivering (fylls alltid om ingreppsläkaren inte förordar sökandens ansökan om avbrytande av havandeskap. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)

Bilaga

Sökanden vill att ansökan hänskjuts till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) för beviljande av tillstånd till avbrytande av havandeskapet (L 6 § 2 mom.)

1 ja 2 nej

33 Jag intygar på heder och samvete att det som anges ovan är sant

Ort

Datum

Underskrift

_____ | _____ | 2 0 | _____

Yrkesbeteckning och verksamhetsenhet

Namnförtydligande och identifikationskod

34 Adress/verksamhetsenhet till vilken beslutet från Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ombeds bli sänt
