

# Utredning om **den gravidas och dennas** familjs levnadsförhållanden

AB 2

Bilaga till blankett AB 1

Sökanden kan fylla i blanketten på förhand. Utredningen görs av en socialarbetare, sjukskötare eller annan motsvarande yrkesutbildad person inom social- och hälsovården (helst någon annan än den läkare som lämnar utlåtande till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården). Utredningen görs, om det anses föreligga särskilda skäl för en sådan när avbrytande av havandeskap begärs på grund av att **den gravidas** levnadsförhållanden eller andra omständigheter orsakar avsevärd belastning (L 1 § 3 mom. 1 punkten). Utredning AB 2 bifogas alltid, om tillstånd till avbrytande av havandeskapet begärs hos Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården på ovan nämnda grunder. Blankett AB 2 ifylls inte, om sökanden var under 17 år (<17 år) när havandeskapet inleddes.

<b>Sökandens personuppgifter</b>	<b>1 Efternamn</b> (även tidigare, det nuvarande efternamnet med stora bokstäver)	<b>2 Förnamn</b> (tilltalsnamnet med stora bokstäver)
	<b>3 Personbeteckning</b> ([-] eller [A]) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>4 Civilstånd</b> <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> samboförhållande <input type="checkbox"/> änka <input type="checkbox"/> registrerat partnerskap <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> hemsild <input type="checkbox"/> fränskild <input type="checkbox"/> inga uppgifter
<b>Sökandens redogörelse</b>	<b>5 Sökandens egen redogörelse för orsakerna till ansökan om tillstånd till att avbryta havandeskapet</b> (t.ex. parrelationen, familjesituationen, övriga människorelationer, planer inför framtiden, viljan och förutsättningarna hos sökanden och det väntade barnets far / sökandens make/maka att ta hand om och fostra barnet, ålder (hos sökanden, det väntade barnets far / sökandens make/maka), dålig hälsa hos det väntade barnets far / sökandens make/maka eller annan familjemedlem, hur sökandens arbetssituation eller studier påverkas av en förlossning och vården av ett barn o.s.v.). <b>Sökanden bor med sin partner</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	



Sökandens arbetssituation	6 Yrke / arbete	<input type="checkbox"/> Bilaga
	7 Av vilken art är arbetet och i vilken mån är anställningsförhållandet varaktigt?	<input type="checkbox"/> Bilaga
Sökandens boendeförhållanden	8 Boendeförhållanden	<input type="checkbox"/> Bilaga
Sökandens ekonomiska situation	9 Sökandens och familjens ekonomiska situation (inkomster, skulder, sociala förmåner och övriga faktorer som belyser den ekonomiska situationen)	<input type="checkbox"/> Bilaga
Övriga faktorer som är av betydelse för avgörandet av ärendet	10 Övriga faktorer som utredningsgivaren känner till och som är av betydelse för avgörandet av ärendet	<input type="checkbox"/> Fadern till det väntade barnet har hörts  <input type="checkbox"/> Bilaga
Utredningsgivarens bedömning	11 Utredningsgivaren anser på grundval av uppgifterna i denna blankett att de förutsättningar för avbrytande av havandeskap som avses i 1 § 3 mom. 1 punkten i lagen (239/1970) kan anses föreligga (L 1 § 3 mom. 1 punkten: På begäran av den gravida kan havandeskapet avbrytas, när förlossningen och skötseln av barnet med beaktande av den gravidas och hennes familjs levnadsförhållanden samt övriga omständigheter skulle vara avsevärt betungande för henne.)  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej  <b>Motivering</b> (Ifylls alltid om ingreppsläkaren inte förordar sökandens ansökan om avbrytande av havandeskap. Vid behov kan även en positiv ståndpunkt motiveras.)	
	12 Underskrift	
	Ort	Datum
	2	0
		Underskrift

Yrkesbeteckning och verksamhetsenhet

Namnförtydligande