

Фамилия и имя пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Личный код пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление на прерывание беременности.**

Согласно закону «О прерывании беременности и

стерилизации» от 25 ноября 1998 года

Согласна на прерывание беременности

(лечебное учреждение)

Мне доступно объяснили о методе и течении прерывания беременности, и связанных с ним риске возможных осложнений.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_