

**PROŠNJA ZA ODOBRITEV
STERILIZACIJE/VAZEKTOMIJE/UMETNE PREKINITVE
NOSEČNOSTI**

Komisija I.st. za umetno prekinitev nosečnosti

Vlagatelj/ica:

..... (ime in priimek)

..... (ulica, hišna št.)

..... (kraj, št. pošte)

Tel:

**ZADEVA: PROŠNJA ZA ODOBRITEV STERILIZACIJE/VAZEKTOMIJE/UMETNE PREKINITVE
NOSEČNOSTI**

Spodaj podpisan(a) roj.,
stanujoč(a)
mati/oče (označi) otrok (število), poročen(a), samski(a), živeč(a) v izvenzakonski
skupnosti, vdova/vdovec, drugo (označi), zaposlen, nezaposlen (označi) prosim
Komisijo I.st. za umetno prekinitev nosečnosti, da mi odobri (označi):

- Sterilizacija
- Vazektomijo
- Umetno prekinitev nosečnosti

Obrazložitev (kratak opis razlogov, ki so pripeljali do odločitve za poseg):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PROSIMO OBRNITE!

V primeru sterilizacije/vazektomije:

Spodaj podpisani/a _____ izjavljam, da sem seznanjen/a o pomenu in posledicah posega sterilizacije oz. vazektomije.

V primeru umetne prekinitve nosečnosti:

Spodaj podpisana _____ izjavljam, da sem bila seznanjena s postopkom, potekom in posledicami umetne prekinitve nosečnosti ter z metodami in sredstvi za preprečevanje nosečnosti.

Podpis:

Kraj: Datum:

.....