KVARTALSANMELDELSE AF SIMPEL ABORTUS/STERILISATION

Indsendes hvert kvartal til Landslægeembedet, Postboks 120, 3900 Nuuk, Faxnr.: 32 51 30, e-mail: nun@nanoq.gl

Sundhedsregion: _____

Anmeldelse af **abortus provocatus** foretaget i (by, postnr.)_____

_____ kvartal 20____, som ikke har krævet samrådsbeslutning. Samrådsafgørelser indberettes fortløbende ved fremsendelse af samrådsafgørelse til faxnr.: 32 51 30 eller til e-mail: nun@nanoq.gl

Fødselsdato	Samlevende		Svanger-skabsuge	Levende børn antal	Tidl. ab. spont.	Tidl. ab. prov.	Evt. bemærkninger
	Ja	nej					

Anmeldelse af **sterilitetsoperationer** foretaget i (by, postnr.)_____
_____ kvartal 20____, som ikke har krævet samrådsbeslutning.

Fødselsdato	Samlevende		♂	♀	For ♂ antal børn i nuværende samliv	For ♀	
	Ja	Nej				Antal børn	Tidl. aborter

Evt. bemærkninger: