



Kantonsärztlicher Dienst

Formular A

**Schwangerschaftsabbruch bei Notlage
nach Artikel 119 des Schweizerischen
Strafgesetzbuches**

Gesundheitsdepartement
Davidstrasse 27
9001 St.Gallen
T 058 229 35 64
F 058 229 46 09
info.kantonsarzt@sg.ch
www.gesundheit.sg.ch

Gesuch um Schwangerschaftsabbruch zu Händen der Ärztin/des Arztes, die/der den Eingriff vornehmen wird

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____
Kanton _____

**Ich bin ungewollt schwanger.
Ich befinde mich in einer Notlage und kann diese Schwangerschaft nicht austragen.
Ich stelle daher das Gesuch um Schwangerschaftsabbruch.**

Die Ärztin/der Arzt, die/der den Eingriff vornehmen wird, hat

- ein eingehendes Gespräch mit mir geführt,
- mich persönlich beraten,
- mich über die gesundheitlichen Risiken des Eingriffs informiert und
- mir den Leitfaden des Kantonsärztlichen Dienstes
(Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen) ausgehändigt.

Ort und Datum

Unterschrift Gesuchstellerin

Bestätigung eines vorgängigen ärztlichen Beratungsgesprächs:

Ort und Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Gesuchstellerin

Dieses Formular bleibt in der Krankengeschichte des Operateurs/der Operateurin!