



**Kantonsärztlicher Dienst**

**Formular B**

**Bestätigung der Beratung schwangerer  
Frauen unter 16 Jahren zu Händen der  
Krankengeschichte**

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

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Kanton \_\_\_\_\_

**Frau ..... ist ungewollt schwanger und hat ein Gesuch  
um Schwangerschaftsabbruch gestellt.**

**Ich bestätige, dass ich Sie am ..... beraten habe.**

Ort und Datum

Unterschrift Beraterin/Berater

\_\_\_\_\_

**Name und Adresse der offiziellen für Jugendliche spezialisierten  
Schwangerschaftsberatungsstelle gemäss kantonalem Leitfaden.**

(Stempel)