



## Formular A

**Ndërprerja e shtatëzënisë në rastet  
urgjente sipas nenit 119 të kodit  
penal zviceran**

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

### Kërkesa e mjekut/es i cili/e cila duhet ndërmarrë intervenimin

Mbiemri: \_\_\_\_\_  
Emri: \_\_\_\_\_  
Datëlindja: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_  
Numri i postës dhe vendi: \_\_\_\_\_

**Unë kam mbetur shtatëzënë pa dashirë.  
Unë gjendem në një situatë të vështirë dhe nuk mundem ta mbajë shtatëzëninë.  
Prandaj parashtoj kërkesën për ndërprerjen e shtatëzënisë.**

Mjeku/ja i/e cili/a do të ndërmarrë intervenimin ka ein eingehendes Gespräch mit mir geführt,

- zhvilluar me mua një bisedë paraprake,
- më ka këshilluar personalisht,
- më ka njoftuar për rreziqet e ndërhyrjes (intervenimit) dhe
- më është dorëzuar doracaku i drejtorisë kantonale të St.Gallen.

Vendi dhe data:

Nënshkrimi i kërkueses:

\_\_\_\_\_

Bestätigung eines vorgängigen ärztlichen Beratungsgesprächs:

Ort und Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Gesuchstellerin

\_\_\_\_\_

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