



Formular A

Interruzione della gravidanza in caso di angustia secondo l'articolo 119 del Codice Penale Svizzero

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

Richiesta all'attenzione del medico che effettua l'intervento

Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita _____
Indirizzo: _____
CAP, luogo: _____

**Sono rimasta incinta senza volerlo.
Mi trovo in uno stato di angustia e non sono in grado di portare a termine questa gravidanza.
Chiedo dunque l'autorizzazione ad interrompere la gravidanza.**

Il medico che effettuerà l'intervento:

- mi ha informato accuratamente
- mi ha consigliato personalmente
- mi ha informato sui rischi che comporta l'intervento per la mia salute
- mi ha dato l'opuscolo informativo della Direzione della sanità del cantone di San Gallo.

Luogo e data:

Firma della richiedente:

Bestätigung eines vorgängigen ärztlichen Beratungsgesprächs:

Ort und Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Gesuchstellerin

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