



Formular A

Interrupción del embarazo en caso de apuro según art. 119 del código penal suizo

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

Solicitud para el médico que efectuará la operación

Apellido: _____
Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
PLZ, Lugar: _____

**Estoy embarazada sin que lo haya deseado.
Me encuentro en una situación de apuro y no puedo llevar a cabo este embarazo.
Por estas razones presento esta solicitud de interrupción del embarazo.**

El médico que efectuará la operación

- ha tenido una conversación detallada conmigo,
- me ha aconsejado personalmente,
- me ha informado sobre los riesgos para la salud de la operación,
- me ha dado la guía de la Dirección de salud pública.

Lugar y fecha:

Firma de la solicitante:

Bestätigung eines vorgängigen ärztlichen Beratungsgesprächs:

Ort und Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Gesuchstellerin

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