



## Formular A

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

Gesundheitsdepartement  
Oberer Graben 32  
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!**