



Formular A

**Prekid neželjene trudnoće zbog
teške situacije shodno članu 119.
švajcarskog krivičnog zakonika**

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

Zahtjev ide na ruke ljekaru koji će obaviti prekid neželjene trudnoće

Prezime: _____
Ime: _____
Datum rođenja: _____
Adresa: _____
Poštanski broj, mjesto: _____

**Ostala sam neželjeno u drugom stanju.
Nalazim se u teškom položaju i nisam u mogućnosti da rodim ovo dijete.
Zbog toga podnosim zahtjev za prekid trudnoće.**

Ljekar koji će izvršiti operaciju

- obavio je sa mnom iscrpan razgovor,
- lično me je posavjetovao,
- informisao me je (dao mi informacije) o zdravstvenim rizicima operacije i
- uručio mi je Uputstvo Direkcije za zdravstvo i socijalnu zaštitu kantona St.Gallen

Mjesto i datum:

Potpis podnositeljice zahtjeva:

Bestätigung eines vorgängigen ärztlichen Beratungsgesprächs:

Ort und Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Gesuchstellerin

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