



Formular A

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

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

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 parashtroj 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!