



Formular A

Interrupção da gravidez, em caso de situação crítica, segundo o artigo 119 do Código Penal Suíço

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

Requerimento dirigido à médica/ao médico que vai efectuar a intervenção

Nome de família: _____
Nome próprio: _____
Data de nascimento: _____
Endereço: _____
Código postal, localidade: _____

**Estou grávida, sem o querer.
Encontro-me numa situação crítica e não posso levar esta gravidez por diante.
Solicito, por essa razão, uma interrupção da gravidez.**

A médica/o médico que vai efectuar a intervenção

- teve uma conversa a fundo comigo,
- aconselhou-me pessoalmente,
- informou-me sobre os riscos da intervenção para a saúde e
- entregou-me o guia da Direcção de Saúde do Cantão de St.Gallen.

Local e data:

Assinatura da requerente:

Bestätigung eines vorgängigen ärztlichen Beratungsgesprächs:

Ort und Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Gesuchstellerin

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