



Dieses Formular ist einzureichen an:

[info.kantonsarztamt@sg.ch](mailto:info.kantonsarztamt@sg.ch)

Fax: 058 229 46 09

## Formular B

### Bestätigung der Beratung schwangerer Frauen unter 16 Jahren zu Händen der Krankengeschichte

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kanton \_\_\_\_\_

---

Frau \_\_\_\_\_ ist ungewollt schwanger und hat ein Gesuch um Schwangerschaftsabbruch gestellt.

Ich bestätige, dass ich Sie am \_\_\_\_\_ beraten habe.

---

Ort und Datum

Unterschrift Beraterin/Berater

Name und Adresse der offiziellen für Jugendliche spezialisierten Schwangerschaftsberatungsstelle gemäss kantonalem Leitfaden.

(Stempel)