



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

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)