



Statistik des Schwangerschaftsabbruchs in der Schweiz

Meldeformular

Schwangerschaftsabbruch – Durchführungsort

Klinik / Praxis mit Ortsangabe oder Stempel _____

Öffentliches Spital

Privat-Klinik

Medizinische Praxis

1 Geburtsjahr der Frau

Jahr: _____ (JJJJ)

Jünger als 16 Jahre

2 Wohnsitz der Frau

Kanton: _____

Region: _____
Siehe Merkblatt

Ausland

3 Schwangerschaftswoche bei Abbruch

SSW: _____
z.B. 9 3/7 = 10^e SSW

Bestimmung per Sonographie
Berechnet ab dem ersten Tag der letzten Menstruation

Ja
 Ja

Nein
 Nein

4 Datum des Abbruchs bzw. Beginn der Medikamenteneinnahme

Datum: _____ (TT.MM.JJJJ)

5 Methode

medikamentös

chirurgisch

beides

Datum: _____

Unterschrift: _____

Formular C

Unmittelbar nach Abbruch per E-Mail oder Post zu senden an:

Kanton St.Gallen Gesundheitsdepartement
Kantonsarztamt
Oberer Graben 32
9001 St.Gallen

info.kantonsarztamt@sg.ch