Amt für Gesundheit
Kantonsärztlicher Dienst

Thurgau

Formular B

Bestätigung der Beratung schwangerer Frauen unter 16 Jahren

Dieses Formular ist im Original der Klientin zur Weitergabe an die behandelnde Ärztin oder an den behandelnden Arzt auszuhändigen und in Kopie datenschutz-konform zu archivieren.

Angaben der Klientin

Name: ……..…….. Vorname: ……..

Geburtsdatum: …….…… Wohnsitzkanton: ……...

…….. …….. **ist ungewollt schwanger**

und hat ein Gesuch um straflosen Schwangerschaftsabbruch gestellt.

Ich bestätige, dass ich sie am …… in …… ,
beraten habe.

……..…… ……..……
Name und Vorname Unterschrift
der Beraterin / des Beraters der Beraterin / des Beraters

Angaben der offiziellen für Jugendliche spezialisierten Beratungsstelle, inkl. Stempel der Beratungsstelle:

Name ……..

Adresse ……..

PLZ/Ort ……..

Stempel