

Ambassadorenhof  
Riedholzplatz 3  
4509 Solothurn  
Telefon 032 627 93 71

gesundheitsamt@ddi.so.ch  
gesundheitsamt.so.ch

**Gesuch zuhanden der Ärztin bzw. des Arztes, welche/r den Eingriff vornehmen wird**

**Schwangerschaftsabbruch bei Notlage nach Artikel 119 des StGB**

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

PLZ, Ort: .....

Ich bin ungewollt schwanger.

Ich befinde mich in einer Notlage und kann diese Schwangerschaft nicht austragen.

Ich stelle daher das Gesuch um Schwangerschaftsabbruch.

Die Ärztin/der Arzt, die/der den Eingriff vornehmen wird, hat

- ein eingehendes Gespräch mit mir geführt,
- mich persönlich beraten,
- mich über die gesundheitlichen Risiken des Eingriffs informiert und
- mir den Flyer «Ungewollt schwanger?» des Gesundheitsamts des Kantons Solothurn ausgehändigt und mit mir besprochen.

Ich habe die Ausführungen der Ärztin bzw. des Arztes verstanden.

Ort und Datum

Unterschrift der Gesuchstellerin

.....

.....