Appenzell Ausserrhoden

Departement Gesundheit und Soziales

Kasernenstrasse 17
9102 Herisau
amtfuergesundheit@ar.ch
www.ar.ch

Bestätigung der Beratung schwangerer Frauen unter 16 Jahren

Name:.....	**Vorname**:.....
Adresse:	**PLZ/Ort**: .....
Geburtsdatum:	**Wohnsitzkanton**: .....

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

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

Ort und Datum:	Unterschrift der Beraterin / des Beraters:
.....	.....

Name und Adresse der offiziellen, für Jugendliche spezialisierten Schwangerschaftsberatungsstelle

(Stempel)

.....