Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Kantonsarztamt
Rathausgasse 1
3011 Bern
Tel. 031 633 79 31

Strafloser Schwangerschaftsabbruch

Meldung der/des den Abbruch der Schwangerschaft vornehmenden Ärztin/Arztes gemäss Artikel 119 Absatz 5 des Schweizerischen Strafgesetzbuches

Die/der Unterzeichnete bestätigt die Glaubwürdigkeit folgender Angaben:

1. Geburtsjahr der Schwangeren — [ ] [ ] [ ] [ ] — jünger als 16 Jahre [ ]

2. Wohnort in Spitalregion des Kantons Bern

Oberland	Thun	Bern	Emmental	Oberaargau	Seeland/Jura
1	2	3	4	5	6

Wohnort ausserhalb des Kantons Bern

Kanton (Kantonskennzeichen)	Ausland
7	8

3. Nationalität

Schweiz	Ausland (Landeskennzeichen)
1	

4. Zivilstand

ledig	verheiratet	getrennt	verw.gesch.
1	2	3	4

5. Anzahl Kinder

keine	ein	zwei	drei	mehr (Anzahl)
0	1	2	3	

6. Anzahl bisheriger Schwangerschaftsabbrüche

keine	ein	zwei	drei	mehr (Anzahl)
0	1	2	3	

7. Zur Zeit der Konzeption durchgeführte Kontrazeption

Ovulat.hemm.	3-Mon-Spri.	Minipille	Spirale	Ligatur
53	54	55	56	57

Präservativ	Spermizide	Präs.+Sperm.	Coitus inter.	Diaphragma
58	59	60	61	62

Kalender	Implantat	andere Methode	keine Methode
63	66	64	65

8. Grund (ab 13. Schwangerschaftswoche obligatorische Angabe)

psychosozial	psychiatrisch	somat. Kind	somat. Mutter	Gewalteinwirkung	keine Angabe
1	2	3	4	5	6

9. Datum des Eingriffs oder der Abgabe von Mifegyne — [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

10. Durchführungstechnik

chir.	med.	beides
1	2	3

11. Durchführungsart

ambulant	stationär
1	2

12. Schwangerschaftswoche — [ ] [ ] (z.B. 9 3/7=10. SSW)

13. Durchführungsort

Privatspital	Bez.Reg.Spit	Unispital	Arztpraxis
1	2	3	4

14. Empfohlene Kontrazeption

Ovulat.hemm.	3-Mon-Spri.	Minipille	Spirale	Ligatur
53	54	55	56	57

Präservativ	Spermizide	Präs.+Sperm.	Coitus inter.	Diaphragma
58	59	60	61	62

Kalender	Implantat	andere Methode	keine Methode
63	66	64	65

Datum: Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes:

Das vollständig ausgefüllte Formular ist innerhalb von 1 Monat nach dem Eingriff dem Kantonsarztamt zuzustellen.