

# Gesuch um Schwangerschaftsabbruch

zu Händen der Ärztin/des Arztes, die / der den Eingriff vornehmen wird

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.**

Meine Ärztin / mein Arzt hat

- ein eingehendes Gespräch mit mir geführt,
- mich persönlich beraten,
- mich über die gesundheitlichen Risiken des Eingriffs informiert und
- mir den Leitfaden der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ausgehändigt.

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

.....