



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Gesundheitsamt
Kantonsärztlicher Dienst

Arabische Übersetzung des Gesuch-Formulars z.Hd. der Ärztin/des Arztes, die/der den Eingriff vornehmen wird.

الاجهاض في الحالات الصعبة طبقا للفصل 119 من قانون العقوبات السويسري

طلب يُسَمَّ فقط للطبيبة أو الطبيب الذي سيجري العملية

الاسم العائلي:

الاسم الأول:

تاريخ الميلاد:

العنوان:

الرمز البريدي/المدينة:

صرت حاملا بشكل لاإرادي.

أنا أعيش حالة صعبة وأريد أن أُنهي هذا الحمل.

لهذا السبب أقدم طلب الاجهاض.

الطبيبة أو الطبيب الذي سيجري عملية الاجهاض

أجرى معي حديثا مستقيضا وأسدى لي نصائح شخصية أو تأكد شخصيا أنه سبق وقد أجريت بطلب مني لقاء استشاريا مع

(الاسم الكامل للطبيب / الطبيبة مع ذكر عنوانه/عنوانها)

أطلعني على المخاطر الصحية لعملية الاجهاض

سألني كتيب معلومات صادرا من إدارة الصحة والعناية التابعة لكانتون برن أو تأكد شخصيا أنه سبق وقد تسلمت بطلب مني هذا الكتيب من طرف

(الاسم الكامل للطبيب / الطبيبة مع ذكر عنوانه/عنوانها)

توقيع مقدمة الطلب:

المكان والتاريخ: