

Staatlich anerkannte  
Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen  
(Stempel)

**BERATUNGSBESCHEINIGUNG**  
**nach § 7 Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG**  
**vom 21. August 1995 (BGBl I S. 1050)**

Hiermit wird bestätigt, daß

\_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

nach § 219 StGB in Verbindung mit §§ 5 und 6 Schwangerschaftskonfliktgesetz beraten worden ist.

Die Beratung diente dem Schutz des ungeborenen Lebens.

Sie war von dem Bemühen geleitet, zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und Perspektiven für das Leben mit dem Kind zu eröffnen; ihr Ziel war es, der Schwangeren zu helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen.

Die Ratsuchende hat die Gründe mitgeteilt, deretwegen sie einen Abbruch der Schwangerschaft erwägt.

Die nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz und der Sachlage erforderlichen Informationen wurden gegeben. Die möglichen Hilfen wurden aufgezeigt und Unterstützung bei deren Inanspruchnahme angeboten. Über Möglichkeiten der Nachbetreuung wurde informiert.

Datum des letzten Beratungsgespräches: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift  
(Beratungsstelle)

Diese Beratung ersetzt nicht die dem Lebensschutz dienende Aufklärungs- und Beratungspflicht des Arztes. Diese Pflichten sind vom Arzt in eigener Verantwortung zu erfüllen.

\_\_\_\_\_  
Auf der Rückseite des Entwurfs der Beratungsbescheinigung:  
Die Beratungsbescheinigung wurde mir persönlich ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift  
(der Schwangeren)