

Formblätter

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

auf den folgenden drei Seiten finden Sie drei Formulare, die Ihnen den **Ablauf bei Mitteilung eines auffälligen Befunds nach einer pränataldiagnostischen Untersuchung sowie vor Feststellung einer medizinischen Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch** erleichtern sollen.

Grundsätzlich ist bei den Formblättern zu unterscheiden zwischen

1. der gesetzlich vorgesehenen **verpflichtenden Bestätigung der Schwangeren** über die ärztliche Beratung und Vermittlung bei Diagnosemitteilung (§ 2a Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz), **auszufüllen bei der schriftlichen Feststellung der medizinischen Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch**,
2. einer fakultativen Dokumentationshilfe für die Ärztin / den Arzt bei Mitteilung der Diagnose (praktisch als Leitfaden zur Absicherung der Ärztin / des Arztes anwendbar), auszufüllen bei bzw. nach Diagnosemitteilung
3. und einem fakultativen Formular (zur eigenen Dokumentation sowie zur Vorlage bei der Ärztin / dem Arzt, die / der den Schwangerschaftsabbruch vornimmt), auszufüllen bei schriftlicher Feststellung der medizinischen Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch.

Nähere Informationen zu den seit dem 1.1.2010 geltenden Regelungen nach § 2a des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zur medizinischen und psychosozialen Beratung bei auffälligem pränatalem Befund und im Vorfeld einer medizinischen Indikation können Sie der unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/schwangerschaftberatung-nach-218/81024> herunterladbaren Broschüre „Schwangerschaftsberatung § 218“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend entnehmen.

Diese Formblätter stehen Ihnen auch zum Download unter www.bzga.de dort unter „Informationsmaterialien“ in der Rubrik „Familienplanung“ zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Heidrun Thaiss
Leitung der BZgA

Inhalt

1. **Bestätigung der Schwangeren**
bei der schriftlichen Feststellung einer medizinischen Indikation nach Ablauf der Bedenkzeit
2. **Ärztliche Dokumentationshilfe**
bei dringendem Hinweis auf kindliche Gesundheitsschädigungen bei PND
3. **Ärztliche schriftliche Feststellung**
einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 2 StGB

1. Bestätigung der Schwangeren

bei der schriftlichen Feststellung einer medizinischen Indikation nach Ablauf der Bedenkzeit

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Dringender Hinweis auf Schädigung der Gesundheit des Kindes

Ich bestätige, dass ich zu möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie über die Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen durch folgende Ärztin/folgenden Arzt, die/der mir die Diagnose mitgeteilt hat, beraten wurde:

Name der Ärztin/des Arztes

Datum

Ich bestätige, dass folgende Ärztinnen/Ärzte, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, hinzugezogen worden sind:

Name der Ärztin/des Arztes

Datum

Ich bestätige, dass ich über den Anspruch auf weitere und vertiefende Beratungen durch psychosoziale Beratungsstellen durch die Ärztin/den Arzt informiert wurde.

Ich bestätige die **Vermittlung** an:

Beratungsstellen

Selbsthilfegruppen

Verbände von Eltern behinderter Kinder und Behindertenverbände

Ich erkläre den **Verzicht** auf:

Vermittlung an eine Beratungsstelle

Vermittlung an Selbsthilfegruppen

Vermittlung an Verbände von Eltern behinderter Kinder oder Behindertenverbände

Ich bestätige die Beratung über medizinische und psychische Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs (Beratung über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken und mögliche physische und psychische Auswirkungen) am

Ich erkläre den **Verzicht** auf:

die ärztliche Beratung über die Aspekte des Befunds

die ärztliche Beratung über die Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs

Kein Hinweis auf Schädigung der Gesundheit des Kindes

Ich bestätige die Beratung über medizinische und psychische Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs (Beratung über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken und mögliche physische und psychische Auswirkungen) am

Ich bestätige, dass ich über den Anspruch auf weitere und vertiefende Beratung durch psychosoziale Beratungsstellen durch die Ärztin/den Arzt informiert wurde.

Ich bestätige die Vermittlung an eine psychosoziale Beratungsstelle.

Ich erkläre den **Verzicht** auf:

Vermittlung an eine psychosoziale Beratungsstelle

Die Beratung durch die Ärztin/den Arzt

Ort/Datum

Unterschrift Patientin

2. Ärztliche Dokumentationshilfe

bei dringendem Hinweis auf kindliche Gesundheitsschädigungen bei PND¹

Bei Frau [REDACTED], geb. am [REDACTED],

liegt eine Schwangerschaft mit der Schwangerschaftsdauer von [REDACTED] vollendeten Wochen vor.

Nach pränataldiagnostischen Maßnahmen liegen dringende Hinweise für die Annahme einer körperlichen oder geistigen Gesundheitsschädigung des Kindes vor.

Die Mitteilung der Diagnose über die körperliche oder geistige Gesundheitsschädigung des Kindes erfolgte durch

(Ärztin/Arzt) [REDACTED].

Die Mitteilung der Diagnose erfolgte am [REDACTED].

[REDACTED] hat die Patientin über die medizinischen und psychosozialen

Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, am [REDACTED] beraten.

Die eingehende Beratung hat medizinische, psychische und soziale Fragen sowie Möglichkeiten zur Unterstützung bei psychischen und physischen Belastungen mit eingeschlossen.

Die Beratung erfolgte in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen.

Es wurden Ärztinnen/Ärzte, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, hinzugezogen.

Diese sind [REDACTED].

Es wurde das Informationsmaterial „Besondere Umstände. Informationen nach einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund. Zur Beratung nach § 1a SchKG“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ausgehändigt. In diesem sind Kontaktadressen von psychosozialen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Verbänden von Eltern behinderter Kinder und Behindertenverbänden enthalten.

Der Hinweis an die Patientin auf den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach

§ 2 Abs. 1 Satz 4 SchKG ist am [REDACTED] erfolgt.

Die **Vermittlung** zu folgenden psychosozialen

Beratungsstellen [REDACTED]

Selbsthilfegruppen [REDACTED]

Behindertenverbänden [REDACTED]

ist am [REDACTED] erfolgt.

Oder:

Die Patientin möchte keine Vermittlung an eine Beratungsstelle und/oder eine Selbsthilfegruppe und/oder einen Behindertenverband in Anspruch nehmen.

[REDACTED]

Unterschrift (Ärztin/Arzt, die/der der Schwangeren die Diagnose der kindlichen Gesundheitsschädigung mitgeteilt hat)

¹ Achtung: Bei genetisch bedingten Gesundheitsschädigungen gibt es weitere Aufklärungs-, Beratungs- und Dokumentationspflichten nach dem Gendiagnostikgesetz.

3. Ärztliche schriftliche Feststellung

einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch
nach § 218a Abs. 2 StGB²

Bei Frau (Name, Vorname) _____,

geb. _____, wird hiermit eine Indikation zum Abbruch der Schwangerschaft (Schwangerschaftsdauer in vollendeten Wochen: _____) aus medizinischen Gründen nach § 218a Abs. 2 StGB gestellt.

Der Abbruch der Schwangerschaft ist unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr kann nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Ein auffälliger pränataldiagnostischer Befund beim Kind liegt vor.

Dieser wurde der Patientin am _____ von der Ärztin/dem Arzt

Frau/Herr _____ mitgeteilt.

Zwischen dem Tag der Mitteilung der Diagnose und dieser schriftlichen Feststellung liegen mindestens drei volle Tage.

Hinweise auf eine Schädigung des Kindes bestehen nicht. Die Aufklärung und Beratung über die medizinischen

und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs erfolgte am _____.

Zwischen dieser Beratung und dieser schriftlichen Feststellung liegen mindestens drei volle Tage.

Ort/Datum

Unterschrift/Indikation stellende/r Ärztin/Arzt

² Auszufüllen von dem Arzt/der Ärztin, der/die die schriftliche Feststellung der Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 2 StGB trifft. Zur Vorlage beim Arzt/bei der Ärztin, der/die den Schwangerschaftsabbruch vornimmt sowie zur eigenen Dokumentation.