



Statistik des Schwangerschaftsabbruchs in der Schweiz

Meldeformular

Schwangerschaftsabbruch – Durchführungsort

Klinik / Praxis mit Ortsangabe oder Stempel _____

Öffentliches Spital

Privat-Klinik

Medizinische Praxis

1 Geburtsjahr der Frau

Jahr: _____ (JJJJ)

Jünger als 16 Jahre

2. Wohnsitz der Frau

Kanton: _____

Region: _____
Siehe Merkblatt

Ausland

3. Schwangerschaftswoche bei Abbruch

SSW: _____
z.B. 9 3/7 = 10^e SSW

Bestimmung per Sonographie
Berechnet ab dem ersten Tag der letzten Menstruation

Ja
 Ja

Nein
 Nein

4. Datum des Abbruchs bzw. Beginn der Medikamenteneinnahme

Datum: _____ (TT.MM.JJJJ)

5. Methode

Medikamentös

Chirurgisch

Beides

6a. Durchführung der Intervention

Ambulant

Stationär (> 24h)

Nicht bekannt

6b. NUR bei medikamentöser Methode ausfüllen : Ort der Einnahme der Medikamente

- Das oder die Medikamente werden alle in einer medizinischen Einrichtung eingenommen
 Einnahme des 1. Medikaments (Mifepriston) in medizinischer Einrichtung, Einnahme des 2. Medikaments (Misoprostol) zu Hause
 Das oder die Medikamente werden alle zu Hause eingenommen
 Nicht bekannt

7. Grund für den Abbruch (obligatorische Angabe ab 13. SSW) (mehrere Antworten möglich)

- Somatisch, medizinische Indikation: Fötus
 Somatisch, medizinische Indikation: Frau
 Psychiatrische Indikation
 Partnerschaftsbezogene Gründe
 Psychosoziale Gründe
 Finanzielle Gründe
 Geschlechtsverkehr unter Zwang oder Vergewaltigung
 Grund nicht bekannt

8. Anzahl bisherige Schwangerschaftsabbrüche der Frau

0-keine

1

2

3

4 oder mehr

Nicht bekannt

9. Zur Zeit der Konzeption verwendete Kontrazeption (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pille/Minipille | <input type="checkbox"/> Präservativ |
| <input type="checkbox"/> Verhütungspflaster/ Patch | <input type="checkbox"/> Frauenkondom (Femidom) |
| <input type="checkbox"/> 3-Monats Spritze | <input type="checkbox"/> Spermizide |
| <input type="checkbox"/> Hormonimplantat/ Verhütungsstäbchen | <input type="checkbox"/> Verhütungsring |
| <input type="checkbox"/> Spirale (hormonal) | <input type="checkbox"/> Coitus interruptus |
| <input type="checkbox"/> Spirale (Kupfer) | <input type="checkbox"/> Notfallkontrazeption |
| <input type="checkbox"/> Diaphragma / Portiokappe | <input type="checkbox"/> Andere Methode |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation der Frau (Tubenligatur, etc.) | <input type="checkbox"/> Keine Methode |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation des Mannes (Vasektomie, etc.) | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Natürliche Empfängnisverhütung (Temperaturmessung, Schleim beobachten, App zur Verhütung, Kalender, etc.) | |

10a. Staatsbürgerschaft der Frau (Land angeben)

Staatsbürgerschaft

Weitere Staatsbürgerschaft

10b. Aufenthaltsbewilligung NUR ausfüllen bei keiner Schweizer Staatsbürgerschaft

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsalterin B | <input type="checkbox"/> Grenzgängerin G | <input type="checkbox"/> Schutzbedürftige S |
| <input type="checkbox"/> Niedergelassene C | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalterin L | <input type="checkbox"/> Keine Aufenthaltsbewilligung (Sans-papiers) |
| <input type="checkbox"/> Vorläufig Aufgenommene F | <input type="checkbox"/> Asylsuchende N | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |

11. Zivilstand

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ledig | <input type="checkbox"/> Geschieden | |
| <input type="checkbox"/> Verheiratet | <input type="checkbox"/> In eingetragener Partnerschaft | |
| <input type="checkbox"/> Verwitwet | <input type="checkbox"/> Aufgelöste Partnerschaft | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |

12. Typ des Haushalts

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einpersonenhaushalt | <input type="checkbox"/> Lebt mit Eltern, einem Elternteil oder Verwandten |
| <input type="checkbox"/> Ein-Elternhaushalt mit Kind(ern) im Haushalt | <input type="checkbox"/> Nichtfamilienhaushalt (z.B. Wohngemeinschaft) |
| <input type="checkbox"/> Paar ohne Kinder im Haushalt | <input type="checkbox"/> Lebt in Wohnheim, Erziehungsheim oder einer Institution |
| <input type="checkbox"/> Paar mit Kind (ern) im Haushalt | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |

13a. Anzahl Kinder der Frau

- 0 - keine 1 2 3 4 oder mehr Nicht bekannt

13b. Datum der letzten Geburt (bei einem oder mehreren Kindern)

Datum: **MONAT(MM)-JAHR (JJJJ)**

14. Aktuelle Haupttätigkeit

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> Hausfrau | |
| <input type="checkbox"/> Auf Stellensuche (arbeitslos gemeldet oder nicht) | <input type="checkbox"/> Invalid oder Teilinvalid (IV-Rente) | |
| <input type="checkbox"/> In Ausbildung | <input type="checkbox"/> Andere Situation ohne Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> Nicht bekannt |

15. Höchste abgeschlossene Ausbildung

- Keine obligatorische Schule oder bis maximal 7 Jahre obligatorische Schule
- Obligatorische Schule
- Berufliche Grundbildung (Berufslehre, Handelsdiplom, Berufsschule) oder 2-3-jährige Diplommittelschule
- Gymnasiale Maturität, Lehrkräfte-Seminar, Berufs- oder Fachmaturität, höhere Fach- und Berufsausbildung
- Fachhochschule, Universität, ETH
- Nicht bekannt

Datum:

Unterschrift: _____

Das ausgefüllte Formular schicken Sie bitte an Ihre Kantonsärztin/ Ihren Kantonsarzt.

Sie können die Adresse im Merkblatt Ihres Kantons auf: <http://www.interruptio.bfs.admin.ch> finden.