

---

Bezeichnung (Stempel)  
 der staatlich anerkannten Beratungsstelle\*  
 des staatlich anerkannten Arztes  
 der staatlich anerkannten Ärztin

## Beratungsaufzeichnung

gem. § 10 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz

**Diese Aufzeichnung ist für jedes Beratungsgespräch zu fertigen und darf keine Rückschlüsse auf die Identität der Ratsuchenden und die einbezogenen weiteren Personen ermöglichen.**

**(Als Fall wird eine Frau /ein Paar oder eine Frau mit sonstiger/-n Begleitperson /en definiert.)**

Beratungsjahr:

Geburtsjahr der Ratsuchenden:

**Wesentliche Gründe für den Schwangerschaftskonflikt** (Mehrfachnennungen möglich):

- ☐ familiäre, partnerschaftliche Probleme
- ☐ Kindesvater steht nicht zur Schwangerschaft/zur Frau
- ☐ Situation als Alleinerziehende
- ☐ körperliche/ psychische Verfassung
- ☐ medizinische Gründe
- ☐ Alter (zu jung/zu alt)
- ☐ Vergewaltigung/sexuelle Nötigung
- ☐ abgeschlossene Familienplanung
- ☐ grundsätzlich kein Kinderwunsch
- ☐ zu schnelle Geburtenfolge
- ☐ befürchtete Schädigung des Embryos
- ☐ diagnostizierte Schädigung des Embryos
- ☐ finanzielle/wirtschaftliche Situation
- ☐ Wohnungssituation
- ☐ (drohende) Wohnungslosigkeit
- ☐ Ausbildungs-/berufliche Situation
- ☐ Unvereinbarkeit von Familie und Beruf
- ☐ fehlende Kinderbetreuung
- ☐ ausländerrechtliche Probleme
- ☐ sonstige Gründe
- ☐ keine Nennung von Gründen

**Beratungsinhalte / Angebotene Hilfen und Informationen** (Mehrfachnennungen möglich):

- ☐ medizinische Fragen
- ☐ rechtliche Fragen zum Schwangerschaftsabbruch
- ☐ Kostenübernahme beim Schwangerschaftsabbruch
- ☐ Krisen- und Konfliktberatung
- ☐ Sexualfragen / Familienplanung / Verhütung
- ☐ Kindschaftsrecht
- ☐ Adoption / Inpflegenahme
- ☐ öffentliche und private Hilfsfonds für Schwangere
- ☐ Gesetzliche Leistungen gemäß SGB
- ☐ Elterngeld, Kindergeld
- ☐ weitere sozialrechtliche Fragen (z.B. Kindergartenplatz/Unterhalt)
- ☐ weitere Beratungsinhalte und -themen
- ☐ andere Fachkräfte / Institutionen hinzugezogen
- ☐ Angebote sozialrechtlicher Hilfen und Möglichkeiten waren nicht vorhanden
- ☐ Angebote waren bekannt
- ☐ Angebote waren nicht erwünscht

**Diese Aufzeichnung verbleibt bei der Beratungsstelle/ der Ärztin/ dem Arzt.**

---

\* Beratungsstellen, die vom Land gefördert werden, müssen diesen Bogen nicht ausfüllen. Sie erfüllen ihre Berichtspflicht durch das Ausfüllen des Einzelfallbogens des Programmcontrollings.