

Bezeichnung der  
staatlich anerkannten  
Beratungsstelle/ der  
beratenden Ärztinnen/Ärzte  
(Stempel)

**Anlage 1**

**Beratungsbescheinigung**

nach § 7 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau .....  
(Name) (Vorname)

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

Datum des letzten Beratungsgesprächs .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift Beratungsstelle/  
beratende Ärztin/  
beratender Arzt