
Absender/Stempel der Praxis

An die
Bezirksregierung
- Dezernat 24 -
32754 Detmold

Ort, Datum

Erfahrungsbericht
der als Beraterinnen oder Berater staatlich anerkannten Ärztinnen und Ärzte
für das Jahr

gem. § 10 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)
(Bitte bis zum **31.03.** an die Bezirksregierung schicken!)

Allgemeine Angaben:

Name, Vorname der Ärztin/des Arztes

Praxis: :

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Öffnungszeiten:

Der Beratungstätigkeit zugrunde liegende Maßstäbe:

Grundlage der nachfolgenden Angaben sind die bei Ihnen vorliegenden Beratungsaufzeichnungen nach § 10 Abs. 2 SchKG.

Anzahl der Fälle, die ich im Berichtsjahr beraten haben

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

Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche

Häufigkeit der fallbezogenen Zusammenarbeit/Kontakte mit anderen Institutionen/Personen

(Persönliche – auch telefonische – Kontaktaufnahme durch die/den Berater/in unabhängig von der Häufigkeit pro Fall)

Bei der Beratungstätigkeit gesammelte Erfahrungen:

Sonstiges (z.B. Mitteilungen über absolvierte Fortbildungen, Supervisionen, Zusammenarbeit mit Hilfe gewährenden öffentlichen und privaten Stellen, Beratungsangebote nach § 2 SchkG)

.....

(Unterschrift)