**Detaillierte Angaben zu den Beratungsfachkräften**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| a) | Name, Vorname, Geburtsdatum: | | | |
| b) | Tätig als Beraterin/Berater in der Schwangerschaftsberatungsstelle seit: | |  | |
| c) | Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit/VZE: | |  | |
| d) | Abgeschlossene Berufsausbildung (en):  (Nachweise bitte beifügen, soweit noch nicht vorhanden) | | | |
| e) | Abgeschlossene Zusatzqualifikation auf dem Gebiet Schwangerschaftskonfliktberatung mit Angabe der Stundenanzahl:  (Nachweise bitte beifügen, soweit noch nicht vorhanden) | | | Stunden, gesamt: |
| f) | Darstellung der Fortbildungsmaßnahmen einschließlich der Teilnahme an Supervision (Nachweise bitte beifügen) | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, Datum | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stempel/rechtsverbindliche Unterschrift  des Trägers der Beratungsstelle | | |

Erklärung der Beratungsfachkräfte zur gesetzeskonformen Durchführung der

Schwangerschaftskonfliktberatung

Träger:

Beratungsstelle:

Hiermit erkläre ich,      , als Beraterin der Schwangerschaftskonfliktberatung in der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle      , die Beratung gesetzeskonform auf der Grundlage des § 219 Strafgesetzbuch (StGB) in Verbindung mit den §§ 5 bis 11 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) und auf der Grundlage der Richtlinien für das Verfahren zur staatlichen Anerkennung von Schwangerschafts-konfliktberatungsstellen vom 14. Mai 2024 (Amtsblatt M-V 2024 Nr. 24 S. 678 ff.) durchzuführen.

...................................................... ................................................

Ort, Datum Unterschrift