**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