

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

über einen Schwangerschaftsabbruch

Frau _____ geb. am _____

wohnhaft _____

hat am _____ ein Kind tot zur Welt gebracht.

Das Kind wog _____ Gramm,

war _____ Geschlechts und war _____ cm groß.

Die Mutter beantragt eine individuelle Bestattung des Kindes Ja Nein

Unterschrift Mutter

Liegen Hinweise dafür vor, dass die/der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit nach § 6 oder § 7 Infektionsschutzgesetzes (einschl. HIV) erkrankt war? Ja Nein

Sind besondere Verhaltensmaßnahmen bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes Klinik-/Praxisstempel