

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

über ein Sternenkind

Frau _____ geb. am _____

wohnhaft _____

hat am _____ ein Kind tot zur Welt gebracht.

Das Kind war _____ Geschlechts, wog _____ Gramm/unter 500 Gramm
und war _____ cm groß.

Der Name des Kindes lautet: _____

Die Mutter/der Vater beantragen eine individuelle Bestattung ihres Kindes

Unterschrift Mutter/Vater

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