

# 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	<input type="radio"/>
	Nein	<input type="radio"/>

Sind besondere Verhaltensmaßnahmen bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten?	Ja	<input type="radio"/>
	Nein	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes

\_\_\_\_\_  
Klinik-/Praxisstempel