

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.

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