
ÄRZTLICHE UNBEDENKLICHKEITSBESCHEINIGUNG ÜBER EINE FEHLGEBURT ZUR VORLAGE BEIM FRIEDHOFSAMT

Frau _____ , geb. am _____

wohnhaft _____

hat am _____ eine Fehlgeburt erlitten.

Das Kind war _____ Geschlechts, wog _____ g , und war _____ cm groß.

Der Name des Kindes lautet: _____

Die Eltern wünschen eine Bestattung des Kindes.

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 _____

Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes _____

Klinikstempel