

BESCHEINIGUNG ÜBER FEHLGEBURT für Kliniken

Hiermit bescheinigen wir

Frau _____

wohnhaft _____

geboren am _____

die Behandlung einer Fehlgeburt in unserer Klinik.

Die Fehlgeburt fand statt am

in der _____ SSW.

Die SSW wurde festgestellt am _____.

Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Hebamme

Klinikstempel

Datum, Unterschrift