
Name des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

PFLICHTANGABE: Name der Mutter

Name des Vaters

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Von der Frauenklinik auszufüllen:

Geburtsgewicht

Gestationsalter

Hat das Kind nach der Geburt gelebt?

Ja Nein

Gemini?

Ja Nein

Von den Eltern auszufüllen:

Wir / Ich wünsche/n, dass unser / mein Kind obduziert wird:

Ja Nein

Wir / Ich habe/n die Möglichkeiten der Bestattung erhalten und entscheide/n wie folgt:

Wir / Ich wünsche/n, dass unser / mein Kind im Rahmen einer gemeinschaftlichen Bestattung beigesetzt wird.

Wir / Ich möchte/n informiert werden, wann die gemeinschaftliche Bestattung stattfindet.

Ja Nein

Wir / Ich wünsche/n, unser / mein Kind selbst zu bestatten und wir / ich werden dafür mit der Pathologie, Fr. B. Bimperling (Tel.: 0160 1008638, E-Mail: birgit.bimperling@uks.eu) oder der Klinikseelsorge, Fr. Fahner-Pippart (Tel.: 06841 16-27450) Kontakt aufnehmen.

Wir / Ich wünsche/n, dass unser / mein Kind individuell bestattet wird. Ein Bestatter holt unser / mein Kind in der Pathologie ab.

Datum

Unterschrift der Eltern / des Elternteils

Stempel der Frauenklinik

Stempel der Pathologie

Kind wird der Pathologie überstellt

Ankunftsdatum

