

\_\_\_\_\_  
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

