



\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Kind

\_\_\_\_\_  
PFLICHTANGABE: Name der Mutter

\_\_\_\_\_  
Name des Vaters

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsgewicht

\_\_\_\_\_  
Gestationsalter

Gemini  ja  
 nein

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, 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 Kind selbst zu bestatten und wir/ich werden dafür mit der Pathologie, Fr. B. Bimperling, 0160-100 8638, E-Mail: [birgit.bimperling@uks.eu](mailto:birgit.bimperling@uks.eu), oder der Klinikseelsorge, Fr. Fahner-Pippart, 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