

Hiermit bestätige ich (Mutter)

Name, ggf. Geburtsname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

vom Kind

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

den Geburtsort _____

Anschrift des Krankenhauses _____

Datum:

Unterschrift Mutter
