

Hiermit bestätige ich (Mutter)

Name, ggf. Geburtsname

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

vom Kind

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

den Geburtsort

---

Anschrift des Krankenhauses

---

Datum:

---

Unterschrift Mutter

---