

# Überführung des fehlgeborenen Kindes aus der Klinik



Verwaiste Eltern  
und trauernde Geschwister  
Schleswig-Holstein e.V.®

## Name und Anschrift der Mutter

### Vollmacht der Mutter

Hiermit bevollmächtige ich

Herrn / Frau :.....Anschrift:.....

mein am:..... fehlgeborenes Kind

in der Klinik:.....abzuholen.

Der Nachweis einer Grabstätte liegt vor.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter      Datum

### Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass mir das am ..... fehlgeborene Kind

der Frau: .....

gegen Vorlage eines Nachweises einer Grabstätte  
übergeben wurde.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Empfängers      Datum