

Name, Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____

Bescheinigung C

Bescheinigung der Ärztin/des Arztes über Erkrankung(en)

(Zeitraum von 12 Monaten vor Geburt des Kindes bzw. vor der Mutterschutzfrist)

Frau _____

geboren am: _____

war arbeitsunfähig

von _____ bis _____

- schwangerschaftsbedingte Erkrankung
- sonstige Erkrankung
- Beschäftigungsverbot gem. § _____

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Praxisstempel