

## Bestätigung der Beisetzung zur Vorlage in der Klinik



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

Name und Anschrift der Mutter des fehlgeborenen Kindes

Anschrift der Friedhofsverwaltung

Hiermit bestätigen wir,

dass das am ..... fehlgeborene Kind

auf dem Friedhof: .....

am: ..... beigesetzt wurde.

Bezeichnung der Grabstätte: .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Friedhofsverwaltung

\_\_\_\_\_  
Datum