

Name, Vorname des Kindes: _____ geboren am: _____

Bescheinigung C

Bescheinigung des Arztes über Erkrankung

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

Frau _____

geboren am: _____

war arbeitsunfähig

von _____ bis _____

- schwangerschaftsbedingte Erkrankung
- sonstige Erkrankung

Datum, Unterschrift

Praxisstempel