



Bescheinigung C

Name, Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____

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 aufgrund einer

schwangerschaftsbedingten Erkrankung:

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

sonstigen Erkrankung:

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Falls weitere Zeiträume anzugeben sind, bitte Rückseite oder gesondertes Blatt verwenden und mit Stempel und Unterschrift versehen! Korrekturen sind ebenfalls mit Stempel und Unterschrift zu versehen.

Beschäftigungsverbot gem. § _____ seit / ab: _____

Unsere Datenschutzerklärung und allgemeinen Informationen nach den Art. 12-14 der Datenschutzgrundverordnung finden Sie hier: <https://www.hamburg.de/bezirke/datenschutz>.

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Praxisstempel