

## Stillgeldausweis

Der/die Arzt/Hebamme/Mütterberatungsschwester bescheinigt, dass untenstehende Wöchnerin ihr Kind während 10 Wochen gestillt hat, und zwar bis:

Datum der Niederkunft

Name:
Strasse:
Geb. Datum:

Vorname:
PLZ/Ort:
Vers. Nr.: