



## 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