

MEDISCH ATTEST DOODGEBOORTE (<180 DAGEN)

Ik, ondergetekende arts

Naam arts:

Naam ziekenhuis of praktijk:

Contactgegevens:

Verklaar hierbij dat bij:

Naam en voornaam moeder:

Geboortedatum moeder:

Een zwangerschapsverlies/doodgeboorte werd vastgesteld op:(datum)

Bij een **zwangerschapsduur** van dagen, gerekend vanaf conceptie, zijnde minder dan 180 dagen zwangerschap.

Dit attest wordt afgeleverd **met het oog op de begraving of crematie van de foetus**, overeenkomstig de geldende regelgeving.

Datum en plaats verklaring

.....

Handtekening en stempel arts

.....