

# STILLBESCHEINIGUNG

Name der stillenden Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der Mutter: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Stillzeit (von – bis): \_\_\_\_\_

## Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte Mutter ihr Kind im angegebenen Zeitraum ausschließlich oder teilweise gestillt hat. Diese Bescheinigung dient insbesondere zur Vorlage bei Arbeitgebern, Krankenkassen oder Behörden und entspricht den Anforderungen des § 2 Abs. 2 MuSchG und weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften in Deutschland.

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_ Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

### Stillende Mutter

### Ausstellende Stelle / Ärztin / Arzt

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://persoenliche-dokumente.com/stillbescheinigung/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://persoenliche-dokumente.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.