

**STILLGELDAUSWEIS
CERTIFICAT D'ALLAITEMENT
CERTIFICATO D'ALLATAMENTO**

GS Nr. / N° D'Agence / N° Agenza

Versicherten-Nr. / N° D'Assure / N° Assicurato

Frau / Madame / Signora

**VOM ARZT ODER DER HEBAMME AUSZUFÜLLEN
A REMPLIR PAR LE MEDECIN OU LA SAGE-FEMME
DA FAR COMPILARE DAL MEDICO O DALLA LEVATRICE**

Datum der Entbindung: Date de l'accouchement: Date del parto:	
---	--

D_____ Arzt/Hebamme bescheinigt, dass obgenannte Wöchnerin Ihr Kind
während 10 Wochen gestillt hat, und zwar bis:

L_____ médecin/sage-femme certifie que l'accouchée susmentionnée
a allaité son enfant pendant 10 semaines, c'est-à-dire jusqu'au:

Il medico/la levatrice attesta che la puerpera sopra menzionata ha
allattato il suo bambino durante 10 settimane, e cioè sino al:

- Zwillinge Drillinge
Jumeaux Triples
Gemelli Trigemini

Datum: Stempel und Unterschrift
Date: Timbre et signature
Data: Timbro e firma

--