

Stiftungsbüro  
**Mutter und Kind**  
Postfach 203  
30002 Hannover

Stempel der Beratungsstelle



Antrag auf Gewährung von Mitteln der  
Bundesstiftung *Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens*

Beratungsstellennummer

**Daten zur Schwangerschaft: (bitte dem Antrag beifügen)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft festgestellt am: \_\_\_\_\_  
( ersatzweise Datum der ersten Eintragung im Mutterpass )

Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

Zwillingschwangerschaft

Drillingsschwangerschaft

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der beratenden Person