

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.



Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**1. Fehlgeburt am** \_\_\_\_\_

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)

17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)

20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

**Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber**

**Bescheinigung  
einer Fehlgeburt**

**9**

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift