

**Bescheinigung einer
Frühgeburt oder einer
Behinderung des Kindes**

9

Krankenkasse bzw. Kostenträger

*Erforderlich für die Gewährung des verlängerten Mutterschaftsgeldes.
Diese Bescheinigung erübrigt sich bei Mehrlingsgeburten.*

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1. Frühgeburt, geboren am _____

- a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm
- b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft
- c) Totgeburt ab 500 Gramm oder ab 24. Schwangerschaftswoche jeweils mit Anzeichen nach a) oder b)

2. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

- Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor
Bitte Rückseite ausfüllen!

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Wird die Verlängerung des Mutterschaftsgeldes aufgrund einer Behinderung des Kindes beantragt, sind folgende Angaben von der Versicherten **vor der Weitergabe der Bescheinigung an die Krankenkasse** einzutragen:

Hiermit beantrage ich die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes.
(Die Angaben sind nur erforderlich, wenn die Daten von der Vorderseite abweichen.)

Name, Vorname der Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ Wohnort

Erklärung

Für Arbeitnehmerinnen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Arbeitgeber über die Auszahlung des verlängerten Mutterschaftsgeldes informiert.

Für Bezieherinnen von Arbeitslosengeld:

Ich informiere die Agentur für Arbeit über die verlängerte Mutterschaftsgeldzahlung.

Datum

Unterschrift der Versicherten