

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

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

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

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)

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

2. Frühgeburt 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

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

Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse