

**Zeugnis über den
mutmaßlichen Tag
der Entbindung**

Ausfertigung für die Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
---------------------	------------------	--------

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
---------------------	----------	-------

Zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse
(Beantragung von Mutterschaftsgeld) bescheinige ich,
dass die oben bezeichnete Versicherte
voraussichtlich entbinden wird am _____

Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der
von mir vorgenommenen Untersuchung am _____

Ggf. besondere Feststellungen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vor der Weitergabe des Vordrucks an die Krankenkasse von der Versicherten auszufüllen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Kontoinhaber

IBAN

Geldinstitut

BIC

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

gekündigt / befristet zum

beschäftigt, bei _____

Anschrift des Arbeitgebers

selbstständig

Erklärung:

Änderungen meiner Angaben teile ich der Krankenkasse umgehend mit.
Sofern sich der mutmaßliche Entbindungstermin verschiebt, informiere ich
meine Krankenkasse und meinen Arbeitgeber bzw. die Agentur für Arbeit.

arbeitslos

Datum

Künstlerin / Publizistin

Unterschrift der Versicherten