

**Zeugnis über den
mutmaßlichen Tag
der Entbindung****Ausfertigung für die Versicherte**
(z.B. zur Vorlage beim Arbeitgeber)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hiermit 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