

## Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

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

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

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

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Ggf. besondere Feststellungen

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Kontoinhaber

IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geldinstitut

BIC

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Ich bin derzeit

gekündigt / befristet zum

☐

beschäftigt, bei

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Anschrift des Arbeitgebers

☐

selbständig

☐

arbeitslos

☐

Künstlerin / Publizistin

**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.

Datum

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

**Verbindliches Muster**

Unterschrift der Versicherten