

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

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

Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

Ausfertigung für die Krankenkasse

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes