

**Zeugnis über den  
mutmaßlichen Tag  
der Entbindung****3****Ausfertigung für die Krankenkasse**

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

---



---

**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.

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Freigabe 12.11.2013

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

**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		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hiermit 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