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

Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes

9

1. Fehlgeburt am T T M M J J

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)

☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)

☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

MUSTER

2. Frühgeburt am T T M M J J

☐ a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm

☐ b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft

3. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

☐ Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld bzw. die Verlängerung der Schutzfrist aufgrund der Behinderung meines Kindes

Name

Vorname

Geburtsdatum

T T M M J J

Versichertennummer

IBAN

BIC

Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

☐ beschäftigt

Arbeitgeber

gekündigt/befristet zum

T T M M J J

Anschrift des Arbeitgebers

☐ arbeitslos

☐ selbständig

☐ Künstlerin/Publizistin

Erklärung

Im Fall einer Fehlgeburt erkläre ich, dass ich meinen Arbeitgeber bzw. die Bundesagentur für Arbeit über die Fehlgeburt informiert habe. Wenn ich meine Beschäftigung/Tätigkeit vor dem Ende der Schutzfrist wieder aufnehme, teile ich dies der Krankenkasse umgehend mit.

Datum

T T M M J J

Unterschrift der Versicherten

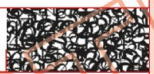
MUSTER

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr.



Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Bescheinigung einer Fehlgeburt

9

MUSTER

1. Fehlgeburt am T T M M J J J J

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)

☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)

☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift