

# Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

**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