

Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes

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

1. Fehlgeburt am _____

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

2. Frühgeburt am _____

- ☐ 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