

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

37

Ausfertigung für die Krankenkasse

Zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse  
(Beantragung von Mutterschaftsgeld) bescheinige ich,  
dass die oben bezeichnete Versicherte  
voraussichtlich entbinden wird am \_\_\_\_\_

Die Bescheinigung erteile ich auf Grund der  
von mir vorgenommenen Untersuchung am \_\_\_\_\_

Ggf. besondere Feststellungen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vor der Weitergabe des Vordrucks an die Krankenkasse von der Versicherten auszufüllen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Kontoinhaber

IBAN

Geldinstitut

BIC

### Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

gekündigt / befristet zum

☐

beschäftigt, bei

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

Unterschrift der Versicherten