


Bescheinigung einer Fehlgeburt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
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)

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift