

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.



Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Hiermit 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

## Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

3

**Ausfertigung für die Versicherte**  
(z.B. zur Vorlage beim Arbeitgeber)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes