

Bescheinigung einer Fehlgeburt zur Vorlage bei der Krankenkasse



Name, Vorname Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer

Salus BKK

Anschrift der Versicherten

Krankenkasse

hatte am _____ eine Fehlgeburt.

Datum

Die oben genannte Patientin befand sich mindestens in folgender Schwangerschaftswoche:

- ☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen).
- ☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen).
- ☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen).

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Antrag auf Mutterschaftsgeld (vor der Weitergabe an die Salus BKK durch die Versicherte auszufüllen)

Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld

Name, Vorname Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer

IBAN

BIC

Geldinstitut

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

☐ beschäftigt bei

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Mein Beschäftigungsverhältnis ☐ ist befristet bis / ☐ wurde gekündigt zum _____

☐ selbständig

☐ arbeitslos

☐ Künstlerin / Publizistin

☐ Angaben zur steuerlichen Identifikationsnummer _____

Erklärung:

Ich habe meinen Arbeitgeber bzw. die Bundesagentur für Arbeit über die Fehlgeburt informiert. Wenn ich meine Beschäftigung vor dem Ende der Schutzfrist wiederaufnehme, teile ich dies der Salus BKK unverzüglich mit.

Datum

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 Sozialgesetzbuch fünftes Buch - SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter www.salus-bkk.de/datenschutz.

Bescheinigung einer Fehlgeburt zur Vorlage beim Arbeitgeber

Name, Vorname Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer

Anschrift der Versicherten

Salus BKK
Krankenkasse

hatte am _____ eine Fehlgeburt.
Datum

Die oben genannte Patientin befand sich mindestens in folgender Schwangerschaftswoche:

- ☐ 13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen).
- ☐ 17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen).
- ☐ 20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen).

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift der Ärztin / des Arztes