

# Ärztliche Bescheinigung zum Schwangerschaftsausgang

Praxis / Klinik: \_\_\_\_\_

## Patientin

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit wird ärztlich bestätigt, dass bei der oben genannten Patientin ein Schwangerschaftsausgang in Form einer Geburt ohne Lebenszeichen vorliegt.

Datum der Entbindung / Geburt: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Geburt: \_\_\_\_\_

## Medizinische Einordnung (optional)

Totgeburt

Fehlgeburt

andere: \_\_\_\_\_

Diese Bescheinigung dient zur Vorlage bei der Krankenkasse und/oder dem Arbeitgeber zur Klärung von Ansprüchen im Rahmen des Mutterschutzgesetzes.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_