

Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1. Fehlgeburt am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

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

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

2. Frühgeburt am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

- ☐ a) Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm
- ☐ b) Geburtsgewicht ab 2.500 Gramm, es besteht jedoch ein wesentlich erweiterter Pflegebedarf wegen nicht voll ausgebildeter Reifezeichen oder verfrühter Beendigung der Schwangerschaft

3. Behinderung gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

- ☐ Bei dem Kind liegt eine Behinderung vor

(Bitte auch Rückseite ausfüllen!)

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name	Vorname
Geburtsdatum	Versichertennummer
IBAN	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)
BIC	

Ich bin derzeit

[illegible]

☐ arbeitslos

☐ selbständig

☐ Künstlerin/Publizistin

Im Fall einer Fehlgeburt erkläre ich, dass ich meinen Arbeitgeber bzw. die Bundesagentur für Arbeit über die Fehlgeburt informiert habe. Wenn ich meine Beschäftigung/Tätigkeit vor dem Ende der Schutzfrist wieder aufnehme, teile ich dies der Krankenkasse umgehend mit.

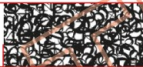
Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift der Versicherten

Bescheinigung einer Fehlgeburt

9

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

1. Fehlgeburt am

T	F	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

Muster 9b (1.2026)