

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

74. Änderung
der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung
vom 1. April 1995
(Anlage 2 BMV-Ä)

Artikel 1

Änderung der Vordruckvereinbarung

In **Abschnitt 2: Vordruck Muster** wird nach Nummer 2.9.2 folgende Nummer 2.9.3 angefügt:

„2.9.3 Übergangsbescheinigung zur Bescheinigung einer Fehlgeburt

Für den Zeitraum bis zum Inkrafttreten eines angepassten Vordrucks Muster 9 gem. Vorgaben des Mutterschutzgesetzes wird eine Übergangsbescheinigung für die Bestätigung einer Fehlgeburt verbindlich vereinbart.

Die Bescheinigung einer Fehlgeburt besteht aus 2 Vordrucken im Format DIN A 4

- Ausfertigung für die Versicherte*
- Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber.*

Die Vordrucke werden der Arztpraxis zum Download zur Verfügung gestellt und sind in der hier abgebildeten Form zu verwenden.

Übergangsbescheinigung – Ausfertigung für die Versicherte

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



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 den unteren Teil ausfüllen!)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Diese Angaben zur Versicherten sind nur erforderlich, wenn die Daten abweichen.

Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Mutterschaftsgeld

Name Vorname

Geburtsdatum
T T M M J J

Versichertennummer

IBAN

BIC

Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Ich bin derzeit

☐ beschäftigt

Arbeitgeber gekündigt/befristet zum

T T M M J J

Anschrift des Arbeitgebers

☐ arbeitslos

☐ selbständig

☐ Künstlerin/Publizistin

Erklärung

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.

Ausfertigung für die Versicherte

Unterschrift der Versicherten

(6.2025)

Format DIN A 4 hoch

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

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

Bescheinigung einer Fehlgeburt

gültig bis
31.12.2025

Fehlgeburt am TTMMJJ

Die oben bezeichnete Versicherte befand sich mindestens in der

☐
☐
☐

13. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 2 Wochen)

17. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 6 Wochen)

20. Schwangerschaftswoche (Schutzfrist 8 Wochen)

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

(6.2025)

Format DIN A 4 hoch

4

Artikel 3

Inkrafttreten

Die Änderung tritt mit Wirkung zum 01.06.2025 in Kraft.

Berlin, den 04.06.2025

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin