

Patient(in)  
Frau Mag. Art 2846 020770  
**Testinger Doris**  
Teststraße 1  
6900 Bregenz

Versicherte(r)  
Frau Mag. Art 2846 020770  
**Testinger Doris**

EKVK-Daten (Pers.-KNr., Träger-KNr., Ablaufdt.)  
XX  
XX

Dieser Antrag ist vollständig ausgefüllt und vom Arzt bestätigt der Kasse zu übergeben bzw. einzusenden.

Einlaufstag  
\_\_\_\_\_

**Ärztliches Zeugnis**

Oben Genannte habe ich am 01.01.2014 untersucht und festgestellt, dass die Entbindung voraussichtlich am 01.07.2014 stattfinden wird.

Zur Bestimmung des Geburtstermines war maßgebend:  
erster Tag der letzten regelmäßigen Periode TT.MM.JJJJ  
und Ultraschalltermine XXX

Datum, Stempel, VPNR und Unterschrift  
des/der behandelnden Arztes/Ärztin

**Antragstellerin**

Die Überweisung des Wochengeldes bitte ich vorzunehmen an

Bankbezeichnung: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich während des Wochengeldbezuges jede Tätigkeit gegen Entgelt zu melden habe. Die Überweisung erfolgt im Abstand von 4 Wochen. Das Wochengeld für die Zeit nach der Entbindung kann erst nach Vorlage einer standesamtlichen Geburtsbescheinigung überwiesen werden. Ich erkläre, dass ich bei keiner anderen gesetzlichen Krankenversicherung Mutterhilfe-Sachleistungen bzw. Angehörigen-Leistungen beanspruchen werde.

Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin