

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