

**FACHÄRZTLICHES ZEUGNIS**  
**gemäß § 3 Abs. 3 des Mutterschutzgesetzes 1979 (MSchG), BGBl. Nr. 221/1979,**  
**zur Vorlage beim Sozialversicherungsträger**

|  |  |
|--|--|
| Vor- und Familienname der Dienstnehmerin   | Geburtsdatum der Dienstnehmerin            |
| Sozialversicherungsnummer der Dienstnehmerin   | Voraussichtlicher Geburtstermin des Kindes |
| Wohnanschrift der Dienstnehmerin   |  |
| Name und Anschrift des/der Dienstgebers/Dienstgeberin  |  |
| Name und Anschrift des/der Facharztes/Fachärztin für   |  |
| Folgende medizinische/n Indikation/en gemäß § 2 der Mutterschutzverordnung (MSchV), BGBl. II Nr. 126/2017, wurde/n festgestellt: |  |

(Falls zutreffend):

Aus folgendem/folgenden Grund/Gründen ist eine Freistellung bereits vor Ablauf der 15. Schwangerschaftswoche erforderlich:

Gemäß § 3 Abs. 3 des Mutterschutzgesetzes 1979 (MSchG) wird bescheinigt, dass Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet wäre. Daher ist jede weitere Beschäftigung der Dienstnehmerin in dem angeführten Zeitraum unzulässig.

O\* Dieses Zeugnis gilt bis zum Ablauf von ..... Wochen ab Ausstellung.

O\* Dieses Zeugnis gilt bis zum Beginn der Schutzfrist gemäß § 3 Abs. 1 MSchG.

\* Zutreffendes bitte ankreuzen

Ort, Datum

Unterschrift Facharzt/Fachärztin