

ÖGK		Andere Kostenträger	1	5
			Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	Pensionist/in
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!		

Bestätigung

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Frau _____
Tag Monat Jahr

Anschrift _____

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

Wird voraussichtlich am _____
entbunden werden.

Ausstellungsdatum _____ Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes _____

1. Tag der letzten Regel _____

Unterschrift der Schwangeren _____

Zur Information!

Diese Bestätigung soll in der Regel 12 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung ausgefertigt werden und ist dem zuständigen Krankenversicherungsträger bis spätestens 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung zu übermitteln.

Sind sie bei der Österreichische Gesundheitskasse versichert und haben sie Anspruch auf Wochengeld, so ist gleichzeitig auch eine von Ihrem/Ihrer Dienstgeber/ Dienstgeberin ausgestellte Arbeits- und Entgeltsbestätigung für Wochengeld an die zuständige Kundenservice-Stelle der Österreichische Gesundheitskasse beizuschließen.

§ 3 Abs. 4 des Mutterschutzgesetzes 1979 lautet wie folgt.

„Werdende Mütter haben, sobald ihnen ihre Schwangerschaft bekannt ist oder eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft eingetreten ist, dem Dienstgeber hiervon Mitteilung zu machen. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, innerhalb der vierten Woche vor dem Beginn der Achtwochenfrist den Dienstgeber auf deren Beginn aufmerksam zu machen. Auf Verlangen des Dienstgebers haben werdende Mütter über das Bestehen der Schwangerschaft und den voraussichtlichen Zeitpunkt ihrer Entbindung eine kassenärztliche Bescheinigung vorzulegen.“

11-ÖGK 12/45. 16.01.2020

ÖGK		Andere Kostenträger	1	5
			Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	Pensionist/in
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!		

Bestätigung

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Frau _____
Tag Monat Jahr

Anschrift _____

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

Wird voraussichtlich am _____
entbunden werden.

Ausstellungsdatum _____ Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes _____

ÖGK		Andere Kostenträger	1	5
			Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	Pensionist/in
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!		Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!		

Bestätigung

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Frau _____
Tag Monat Jahr

Anschrift _____

Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) _____

Wird voraussichtlich am _____
entbunden werden.

Ausstellungsdatum _____ Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes _____

1. Tag der letzten Regel _____

Unterschrift der Schwangeren _____

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht und Kostenübernahme durch die Österreichische Gesundheitskasse finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.