Frau, Herrn, Firma _____

Name und Anschrift der Dienstgeberin/des Dienstgebers

Unter Bezugnahme auf § 3 Abs. 4 des Mutterschutzgesetzes (MSchG.) wird bescheinigt, dass

Frau _____, Vers.-Nr. | | | | | | | | | | |

wohnhaft in _____

voraussichtlich am _____ entbunden werden wird.*)

_____ _____

Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

*) Dieser Termin ist unverbindlich. Er ändert sich, wenn unmittelbar vor Beginn der Mutterschaftshilfe nach ärztlicher Untersuchung festgestellt wird, dass ein anderer Entbindungstermin angenommen werden muss.

11-ÖGK 12/35. 01.01.2020