

Formular: Meldung Geburtstermin

Dienstgeber: _____
Dienstnehmerin: _____
Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich teile hiermit im Sinne des § 3 Abs 4 MSchG den Geburtstermin
meines Sohnes / meiner Tochter _____
am _____ mit.

Das Kind ist mitversichert bei: _____ .
Anzahl Tage vor dem errechneten Geburtstermin: _____ .

Frühgeburt: ☐ ja ☐ nein
Kaiserschnitt: ☐ ja ☐ nein
Mehrlingsgeburt: ☐ ja ☐ nein

Ich bitte um Bestätigung und Kenntnisnahme.

Unterschrift