

# Formular: Meldung vorzeitiges Ende Schwangerschaft

Dienstgeber: \_\_\_\_\_

Dienstnehmerin: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,  
ich melde hiermit im Sinne des § 3 Abs 4 MSchG das vorzeitige Ende der  
Schwangerschaft mit Datum \_\_\_\_\_.

**Ich bitte um Bestätigung und Kenntnisnahme.**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift**