Name der Einrichtung (Stempel): IK der Einrichtung:

Versichertenbestätigung B:
Hebammenhilfe, Abrechn. über mehrere IK (Team)

Adressaufkleber oder
Name der Versicherten:

Vers.-Nr.:

errechneter ET:

Geburtstag des Kindes:

Rechnungsnummer:

	lfd. Nummer	IK der Hebamme	je Zeile Name einer Hebamme:	lfd. Nummer	IK der Hebamme
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					

Geplanter Geburtsort zum Zeitpunkt des 2. Vorgespräches: Hausgeburt ☐ Geburtshaus, Heb.-praxis, Entbindungsh. ☐

Bogennummer:

Leistungen mit Positionsnummern

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen
A/E = Zeitangabe von/bis
Z = Zeitpunkt der Geburt
E = Zeitpunkt der Beendigung der Leistung
A = Zeitpunkt des Beginns der Leistung
sonst: keine Zeitangabe erforderlich

Datum	Zeit	lfd. Nummer	Individuelles Vorgespräch 0200	Vorsorge 0300	Entnahme von Körpermaterial 040X	CTG 060X	Einzelgeburtsvorbereitung 0800	Hilfeleistung 050X, 051X	Geburtshilfe im Krankenhaus 090X, 091X	Geburtshilfe in außerklinischer Einrichtung 1000-1110	Hausgeburt 1200, 1210	Hilfe bei Fehlgeburt 130X, 131X	Hilfe bei nicht vollendeter Geburt 160X, 161X	Geburtshilfe durch zweite Hebamme 170X, 171X	Ersturntersuchung (U1) 240X	Entnahme von Körpermaterial 250X	Überwachung auf ärztliche Anordnung 260X, 261X	Wochenbettbetreuung zu Hause 1800, 1810	Wochenbettbetreuung in außerklinischer Einricht. 2100, 2110	Wochenbettbetreuung im Krankenhaus 200X, 201X	Beratung Stillen/ Ernährung Säugling 2800, 2810	Unterschrift der Versicherten
			A/E				A/E	A/E	Z	Z	Z	Z	E	A/E			A/E	A	A	A	E	

Stand 01.01.2010