Versichertenbestätigung C: Hebammenhilfe, Abrechn. über ein IK

(Team oder einzelne Hebamme)

Name der Hebamme (Stempel):
oder Name des Teams:

IK Hebamme/Team: _____

errechneter ET: _____

Geburtstag des Kindes: _____

Aufkleber oder
Name der Versicherten:

Vers.-Nr.:

Rechnungsnummer:

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

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

Bogen-nummer:	**Leistungen mit Positionsnummern**	*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*	*Erstuntersuchung (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*	
Datum	**Zeit**	A/E				A/E	A/E	Z	Z	Z	Z	E	A/E			A/E	A	A	A	E	**Unterschrift der Versicherten**

Stand: 01.01.2010