

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arztnummer	Datum

**securvita**

**KRANKENKASSE**

Original bitte an senden:  
 Abrechnungszentrum Emmendingen  
 An der B3 Haus Nr. 6  
 79312 Emmendingen

## Anlage zur Abrechnung der Rufbereitschaftspauschale

Die Höhe der Rufbereitschaftspauschale beträgt:

€ \_\_\_\_\_

Die Kostenbeteiligung der SECURVITA BKK beträgt

€ 250,- bei maschinenlesbarer Abrechnung nach § 301 SGB V

Soweit die Rufbereitschaftspauschale die Kostenbeteiligung der SECURVITA BKK übersteigt, bezahlt die Versicherte die Differenz als Eigenanteil. Dieser beträgt hier:

€ \_\_\_\_\_

### Erklärung des Versicherten:

Die Geburt ist bei der unterzeichnenden Hebamme meines Vertrauens geplant.

Meinen Eigenanteil der Rufbereitschaftspauschale – soweit erforderlich – habe ich an die unterzeichnende Hebamme entrichtet. In diesem Fall erhält die SECURVITA BKK eine Kopie dieser Anlage.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift der Versicherten

## Erklärung der Hebamme

Ich erkläre den Beitritt zum Vertrag integrierter Versorgung in der außerklinischen Geburtshilfe zwischen dem DHV, dem BfHD und dem Netzwerk der Geburtshäuser mit der SECURVITA BKK vom 04.09.09 (betrifft nur Hebammen, die nicht Mitglied dieser genannten Vereine sind).

Die Rufbereitschaft wird im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erbracht.

Ich versichere die Richtigkeit der o.g. Angaben zur Höhe der Rufbereitschaftspauschale. Durch diese Rechnung und den Eigenanteil der Versicherten erhalte ich keine höhere Rufbereitschaftspauschale als von den Versicherten anderer gesetzlicher Krankenkassen.

Ort, Datum:

---

Unterschrift (und Stempel, falls vorhanden)