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.:

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

Rechnungsnummer:

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: .		*Vorgespräch*	*Vorsorge*	*Entnahme von Körpermaterial*	*CTG*	*Einzelgeburts-vorbereitung*	*Hilfeleistung*	*Hilfe bei Geburt in der Klinik*	*Hilfe bei Geburt in der außerkl. Einrichtung*	*Hausgeburt*	*Hilfe bei einer Fehlgeburt*	*Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt*	*Hilfe bei Geburt durch 2. Hebamme*	*Ersturntersuchung (U1)*	*Entnahme von Körpermaterial*	*Überwachung auf ärztl. Anordnung*	*Wochenbettbesuch zu Hause*	*Wochenbettbesuch in außerkl. Einrichtung*	*Wochenbettbesuch in der Klinik*	*Beratg. bei Stillen/ Ernährung des Säugl.*	
	Leistungs-Nr.:	020	030	040	060	080	050/ 051	090/ 091	100/101 110/111	120/ 121	130/ 131	160/ 161	170/ 171	240	250	260/ 261	180/ 181	210/ 211	200/ 201	280/ 281	
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: 01.06.08