Name der Einrichtung (Stempel): IK der Einrichtung:

Adressaufkleber oder **Name der Versicherten:**

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

	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.:					

Vers.-Nr.:

errechneter ET:

Geburtstag des Kindes:

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

Rechnungsnummer:

Bogen-nummer:

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**	**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 außer-klinischer 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