

## Rahmenvertrag nach § 134a SGB V (Anlage 4.2)

### Abfrageformular für die Vertragspartnerliste „Hebammen“

Nach § 134 a SGB V gilt der Vertrag für Hebammen<sup>1</sup>, die Mitglieder der Hebammenverbände Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV) und Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD) sind. Nicht organisierte Hebammen müssen dem Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (jetzt GKV-Spitzenverband) und den Berufsverbänden der Hebammen beitreten. Hebammen ohne Vertragspartnerschaft können ihre Leistungen ab dem Zeitpunkt der Gültigkeit des Vertrages nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen.

Das **Abfrageformular** ist von allen Hebammen bei Neuaufnahme, Änderung oder Beendigung der Vertragspartnerschaft ausgefüllt an ihren jeweiligen Berufsverband zu schicken. Sofern Hebammen **nicht** in einem Berufsverband organisiert sind, ist das Formular an den GKV-Spitzenverband zu senden. Die Angaben werden in die Vertragspartnerliste „Hebammen“ eingepflegt und diese werden den Krankenkasse monatlich aktualisiert zur Verfügung gestellt.

#### Versandadressen:

- 1: Deutscher Hebammenverband e.V.(DHV), Gartenstr. 26, 76133 Karlsruhe
- 2: Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Kasseler Str. 1 a, 60486 Frankfurt
- 3: GKV-Spitzenverband, Abteilung Ambulante Versorgung, Bereich Hebammen, Mittelstr. 51, 10117 Berlin

Neuaufnahme       Änderung       Beendigung zum \_\_\_\_\_

#### Kontaktdaten (bitte gut lesbar ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen (IK) der Hebamme (in der Regel eine Angabe)

\_\_\_\_\_

Bei Wohnort im Ausland: Benennung des Ortes in Deutschland, in dem die Meldung beim Gesundheitsamt erfolgt ist.

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wurde nur die weibliche Form verwendet. Gemeint sind immer auch Entbindungspfleger.

**Art der Leistungserbringung**

- Schwangerenvorsorge
- Hausgeburten  Beleggeburten  Geburtshaus/Praxisgeburten
- Wochenbettbetreuung  Kurse

Zusätzliche Angaben, falls Rechnungen über eine Hebammen-Einrichtung gestellt werden sollen (Geburtshaus, Hebammenpraxen, Beleghebammenteam usw.).

**Angaben zu dieser Einrichtung**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen (IK) der Hebammen-Einrichtung (in der Regel eine Angabe)<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

Mittelfristig soll – insbesondere auf Wunsch der Berufsverbände – Interessierten auch im Internet eine gezielte Hebammensuche nach PLZ ermöglicht werden (dabei werden nur die Suchergebnisse aus der Vertragspartnerliste „Hebammen“ angezeigt). Hierfür werden folgende Angaben benötigt:

Ich bin mit der **Veröffentlichung im Internet** für folgende Kontaktdaten einverstanden:

- Name, PLZ, Ort, Telefon sowie Leistungsbereiche (ohne Angabe der Straße und IK) **ja**  **nein**
- zusätzlich E-Mail-Adresse **ja**  **nein**

Mit nachfolgender Unterschrift bescheinige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben und versichere, dass ich alle Änderungen unverzüglich mitteile.

**Unterschrift** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Nicht IK des Belegkrankenhauses, Abrechnungszentrums o.ä.