Versichertenbestätigung: Leistungen in Wochenbett und Stillzeit

Re-Nr: ________________

Name der Versicherten ____________________

Vers.-Nr. ____________________

Geburtstag des Kindes ____________________

Dokumentationsmöglichkeit sowohl für die einzelne Hebamme als auch für Hebammen, die gemeinsam abrechnen

Name der Hebamme	Heb. Nr.	IK der Hebamme
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	

Name (Stempel) und ggf. gemeinsames IK

Bogennummer: ________

* Schriftliche Begründung auf der Versichertenbestätigung erforderlich. Gegebenenfalls Rückseite verwenden.

Zeitangabe

- A/E: Anfang/Ende
- Z: Zeitpunkt Screening
- (leer): keine Zeitangabe erforderlich

Zutreffende Leistung bitte ankreuzen:

Datum	Anfang / Ende Zeitpunkt	Heb. Nr.	Aufsuchende Wochenbettbetreuung 180X, 181X (A/E)	Aufsuchende Wochenbettbetreuung nur Kind 183X, 185X * (A/E)	Wochenbettbetreuung im Krankenhaus 200X, 201X (A/E)	NICHT aufsuchende Wochenbettbetreuung 2100, 2110 (A/E)	Fäden/Klammern bei Naht entfernen	Beratung Stillen/Ernährung Säugling 2800, 2810 (A/E)	Einzelrückbildungsgymnastik 2730 (A/E)	Neugeborenen-Screening durchgeführt (Z)	Entnahme von Körpermaterial 250X	Unterschrift der Versicherten
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											
	|											