Versichertenbestätigung: Leistungen in der Schwangerschaft Re-Nr: ________________

Name der Versicherten ______________________

Vers.-Nr. ______________________

errechneter ET ______________________

Name (Stempel) und ggf. gemeinsames IK

Geplanter Geburtsort nach Aufklärungsgespräch vor 38. SSW

- ☐ Geburt im häuslichen Umfeld
- ☐ Geburt in HgE
- ☐ Begleit-Beleggeburt in KH

____

Unterschrift der Versicherten

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	

Bogennummer: __________

Zeitangabe

- A/E Anfang/Ende
- Z Zeitpunkt Screening
- ☐ keine Zeitangabe erforderlich

Datum	Anfang / Ende Zeitpunkt	Heb. Nr.	Individuelle Basisdatenerhebung und Leistungsauskunft 0200 (A/E)	Individuelles Vorgespräch zu Schwangerschaft und Geburt 0230 (A/E)	Spezifisches Aufklärungsgespräch zum gewählten Geburtsort 0240 (A/E)	Vorsorge 0300 (A/E)	GDM Screening 0400 (Z)	Hilfeleistung 050X, 051X (A/E)	CTG 060X	Einzelgeburtsvorbereitung 0800, 0830 (A/E)	Entnahme von Körpermaterial 250X	Unterschrift der Versicherten

Zutreffende Leistung bitte ankreuzen