

Versichertenbestätigung: Leistungen während der Geburt

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: _____

Hilfeleistung 050X, 051X

CTG 060X

Geburt im KH mit Dienst-Beleghebamme 09X1

Geburt im KH mit Begleit-Beleghebamme 09X2

Geburtshilfe in außerklinischen Einrichtung 1000 - 1110

Geburt im häusl. Umfeld 1200, 1210

Hilfe bei Fehlgeburt 130X, 131X

Geburtshilfe bei nicht vollendeter Geburt 160X, 161X

Erstuntersuchung (U1) 240X

Neugeborenen-Screening durchgeführt

Entnahme von Körpermaterial 250X

Postpartale Überwachung 260X, 261X, 2630, 2650

Zeitangabe

A/E Anfang/Ende

Z Zeitpunkt Geburt/Screening

keine Zeitangabe erforderlich

Datum	Anfang / Ende Zeitpunkt	Heb. Nr.	Zutreffende Leistung bitte ankreuzen											Unterschrift der Versicherten	
			A/E	Z	Z	Z	Z	Z	A/E	A/E	Z	A/E			