

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Versicherte		
geboren am:		
Kassen-IK	Versicherten-Nr.	Status
Errechneter Termin	Geb.Datum Kind	

Versichertenbestätigung A Re-Nr: _____

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

Kursart: Geburtsvorbereitung Gruppe (0700)
 Rückbildung Gruppe (2700)

Hiermit bestätige ich, an folgenden Terminen teilgenommen zu haben:

Datum	Hebamme / Kürzel	Uhrzeit Anfang	Dauer [min.]	Unterschrift Versicherte
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				