Versichertenbestätigung B

Re-Nr: ____________________

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

In Kliniken ist eine Unterschrift pro Tag ausreichend.
(A = Uhrzeit Anfang notwendig, E = Uhrzeit Ende notwendig)
(x beinhaltet alle an dieser Stelle möglichen Ziffern)

Geplanter Geburtsort zum Zeitpunkt des 2. Vorgesprächs:
☐ Hausgeburt ☐ Hebammengeleitete Einrichtung

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

Datum	Heb./ Kürzel	Erstuntersuchung U1 (240x)	CTG-Überwachung (060x)	Vorsorgeuntersuchung (0300)	Körpermaterial (040x/250x)	Neugeborenenscreening	Fäden/Klammern entfernt	Anfang/Ende Uhrzeit	**Wochenbettbesuch zu Hause (18xx)**	Wochenbettbesuch im K'hs (20xx)	Wochenbettbesuch in HgE (21xx)	Vorgespräch (0200)	Hilfe bei Beschwerden/Wehen (05xx)	Einzel-Geburtsvorbereitung (0800)	Zweite Hebamme bei Geburt (17xx)	Überwachung (26xx)	unvollendete Geburt (16xx)	Stillberatung (28xx)	Unterschrift Versicherte
		ankreuzen							**und** Spalte ankreuzen										
									A	A	A	AE	AE	AE	AE	AE	E	E	

Datum		Uhrzeit	Geburtshilfe	Unterschrift Versicherte
			☐ K'hs (09x1) Dienst, Schicht ☐ K'hs (09x2) 1:1-Betreuung ☐ Geburtshaus (1000-1110) ☐ Hausgeburt (12x0) ☐ Fehlgeburt (13xx)	