

Versichertenbestätigung C Re-Nr: _____

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

Geplanter Geburtsort zum Zeitpunkt des 2. Vorsprächs:

- Hausgeburt Hebammengeleitete Einrichtung

Die Unterschrift muss spätestens am Tag nach jeder Leistung erfolgen.
(A = Uhrzeit Anfang notwendig, E = Uhrzeit Ende notwendig)
(x beinhaltet alle an dieser Stelle möglichen Ziffern)

- Erstuntersuchung U1 (240x)*
- CTG-Überwachung (060x)*
- Vorsorgeuntersuchung (0300)*
- Körpermaterial (040x/250x)*
- Neugeborenen-Screening*
- Fäden/Klammern entfernt*
- 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)*

| Datum | ankreuzen | | | | | | Anfang/Ende Uhrzeit | und | Spalte ankreuzen | | | | | | | | Unterschrift Versicherte | |
|-------|-----------|--|--|--|--|--|------------------------|-----|------------------|---|----|----|----|----|----|---|--------------------------|---|
| | | | | | | | | A | A | A | AE | AE | AE | AE | AE | E | | E |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Datum | Uhrzeit | Geburtshilfe | Unterschrift Versicherte |
|-------|---------|---|--------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> K'hs (09x1) <input type="checkbox"/> K'hs (09x2) <input type="checkbox"/> Geburtshaus (1000-1110) <input type="checkbox"/> Hausgeburt (12x0) <input type="checkbox"/> Fehlgeburt (13xx) <input type="checkbox"/> Dienst, Schicht <input type="checkbox"/> 1:1-Betreuung | |