Versichertenbestätigung A: Kurse, Abrechnung über ein oder mehrere IK

Name der Hebamme bei Teambetreuung	lfd. Heb.-Nr.	IK der Hebamme
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	

Name der Hebamme / Einrichtung (Stempel):

Adressaufkleber oder Name der Versicherten:

Vers.-Nr.:

IK-Nr. Hebamme / Einrichtung:

Bogennummer:

Rechnungsnummer: .

Geburtsvorbereitung - Gruppe / Errechneter ET:

Datum	Uhrzeit von	bis	lfd. Heb.-Nr.	0700	Unterschrift der Versicherten

Rückbildungsgymnastik - Gruppe / Geburtstag des Kindes:

Datum	Uhrzeit von	bis	lfd. Heb.-Nr.	2700	Unterschrift der Versicherten

Stand: 01.01.2010