Name der Einrichtung (Stempel): IK der Einrichtung:

Versichertenbestätigung B:
Hebammenhilfe (Abrechnung über mehrere IK - Team)

Adressaufkleber oder
Name der Versicherten:

	lfd. Nummer	IK der Hebamme	je Zeile Name einer Hebamme:	lfd. Nummer	IK der Hebamme
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					
Name Heb.:					

Vers.-Nr.:

errechneter ET:

Geburtstag des Kindes:

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

Rechnungsnummer:

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen
A/E = Zeitangabe von/bis
Z = Zeitpunkt der Geburt/Screening
E = Zeitpunkt der Beendigung der Leistung
A = Zeitpunkt des Beginns der Leistung
sonst: keine Zeitangabe erforderlich

Bogen-nummer:		**Leistungen mit Positionsnummern**	Individuelles Vorgespräch 0200	Vorsorge 0300	Entnahme von Körpermaterial 040X	CTG 060X	Einzelgeburtsvorbereitung 0800	Hilfeleistung 050X, 051X	Geburtshilfe im Krankenhaus (KH) 0901, 0911	Geburthilfe im KH 0902, 0912 (1:1 vertraglich vereinbart)	Geburtshilfe in außerklinischer Einrichtung 1000-1110	Hausgeburt 1200, 1210	Hilfe bei Fehlgeburt 130X, 131X	Hilfe bei nicht vollendeter Geburt 160X, 161X	Geburtshilfe durch zweite Hebamme 170X, 171X	Erstuntersuchung (U1) 240X	Neugeborenen-Screening durchgeführt	Entnahme von Körpermaterial 250X	Überwachung auf ärztliche Anordnung 260X, 261X	Wochenbettbetreuung zu Hause 1800, 1810	Wochenbettbetreuung in außer-klinischer Einricht. 2100, 2110	Wochenbettbetreuung im Krankenhaus 200X, 201X	Fäden/Klammern bei Naht entfernen	Beratung Stillen/ Ernährung Säugling 2800, 2810	
Datum	**Zeit**	**lfd. Nummer**	A/E				A/E	A/E	Z	Z	Z	Z	Z	E	A/E		Z		A/E	A	A	A		A	**Unterschrift der Versicherten**

Anlage 1 zu der Übergangsvereinbarung vom 1. August 2012