

**Anlage – Formular zur Anlage 1.4 Ausgleich der Haftpflichtkostensteigerung**

An den  
GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstr. 28  
10117 Berlin

**Formular für die Zahlung eines Ausgleiches der Haftpflichtkostensteigerung**

(Das Formular ist nur gültig bei vollständigen Angaben und Unterschrift. Eine Empfangsbestätigung wird nicht versandt.)

Datum des Antrages: \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der Hebamme: \_\_\_\_\_  
Straße u. Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Stadt: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Für den Leistungszeitraum/die Leistungszeiträume von (bitte ankreuzen):

- 01.07. bis 31.08.     01.09. bis 31.10.     01.11. bis 31.12.  
 01.01. bis 28.02.     01.03. bis 30.04.     01.05. bis 30.06.

**IK der Hebamme**, über das im Leistungszeitraum geburtshilfliche Leistungen der Hebamme nach Anhang 1 abgerechnet wurden:

IK: \_\_\_\_\_ (gültig von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_)  
IK: \_\_\_\_\_ (gültig von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_)

Folgende Anlagen sind beigelegt:

- Nachweis über Versicherungszeitraum und –kosten der o.g. Leistungszeiträume
- Nachweis über die Abrechnung einer geburtshilflichen Leistung in den o.g. Leistungszeiträumen

**Eidesstattliche Erklärung:**

Ich versichere die Richtigkeit der o.g. Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass mein IK an die Krankenkassen zur Prüfung meiner Angaben zu den abgerechneten geburtshilflichen Leistungen weitergegeben werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_