Versichertenbestätigung: Leistungen in Wochenbett und Stillzeit

Re-Nr: _____

Versicherten, ggf. des Kindes _____

Vers.-Nr. _____

Geburtstag des Kindes _____

Name (Stempel) und ggf. gemeinsames IK

Dokumentationsmöglichkeit sowohl für die einzelne Hebamme als auch für Hebammen, die gemeinsam abrechnen

Name der Hebamme	Heb. Nr.	IK der Hebamme
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	11	
	12	
	13	
	14	

Bogennummer: _____

* Schriftliche Begründung auf der Versichertenbestätigung erforderlich. Gegebenenfalls Rückseite verwenden.

Zeitangabe

- A/E Anfang/Ende
- Z Zeitpunkt Geburt/Screening
- keine Zeitangabe erforderlich

Datum	Anfang / Ende Zeitpunkt	Heb. Nr.	Zutreffende Leistung bitte ankreuzen: Aufsuchende Wochenbettbetreuung 180X, 181X	Aufsuchende Wochenbettbetreuung nur Kind 183X, 185X *	Wochenbettbetreuung im Krankenhaus 200X, 201X	NICHT aufsuchende Wochenbettbetreuung 2100, 2110	Fäden/Klammern bei Naht entfernen	Beratung Stillen/Ernährung Säugling 2800, 2810	Einzelrückbildungsgymnastik 2730	Neugeborenen-Screening durchgeführt	Entnahme von Körpermaterial 250X	Unterschrift der Versicherten
			A/E	A/E	A/E	A/E		A/E	A/E	Z		