

A) Versichertenbestätigung: Schwangerschaft

Rechnungsnummer

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Name der Hebamme	Heb.-Nr.	IK
Name, Vorname der Versicherten				
	geb. am:			
Kassen-IK	Versicherten-Nr.			
Errechneter Termin				

Einmalige Leistung	Heb.-Nr.	Datum	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	Unterschrift der Versicherten
0200 Individuelle Basisdatenerhebung und Leistungsauskunft (A/E)					
0230 Individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt (A/E)					
0240 Spezifisches Aufklärungsgespräch zum gewählten Geburtsort vor 38. SSW (A/E)					
Geplanter Geburtsort <input type="checkbox"/> im häuslichen Umfeld <input type="checkbox"/> in HgE <input type="checkbox"/> Begleit-Beleggeburt im KH					
0400 GDM Screening			Zeitpunkt:		

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen A/E Zeitangabe von/bis				Vorsorgeunter- suchung Hilfe bei Beschwer- den / Wehen CTG Einzelunterweisung Geb.vorbereitung Entnahme von Körpermaterial					Unterschrift der Versicherten
Heb.-Nr.	Datum TT.MM.JJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	0300 A/E	05XX A/E	060X	0800 0830 A/E	250X	