

C) Versichertenbestätigung: Wochenbett und Stillzeit

Rechnungsnummer

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname der Versicherten	
	geb. am:
Kassen-IK	Versicherten-Nr.
Geburtsdatum Kind	

Name der Hebamme	Heb.-Nr.	IK

	Einmalige Leistung	Heb.-Nr.	Datum	Zeitpunkt	Unterschrift der Versicherten
2670 2672	Pulsoxymetrie (sofern nicht bereits erbracht)				
3810 2500	Neugeborenen-Screening				
3910	Fäden ziehen (Dammnaht)			X	
3920	Fäden/Klammern entfernen (Sectionaht)			X	

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen A/E Zeitangabe von/bis					Aufs. Wochen- bett Wöchnerin Aufs. Wochen- bett nur Kind Wochenbett im Krankenhaus Nicht aufs Wochenbett Entnahme von Körpermaterial Einzelrückbil- dungsgymnastik Hilfe bei Still-/Er- nährungsschwierigk.		Unterschrift der Versicherten					
Heb.- Nr.	Datum TT.MM.JJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	1800 1810 A/E	1830 1850 A/E	2002 2012 A/E		2100 2110 A/E	2500 2502 A/E	2730 A/E	2800 2810 A/E	