

## Anlage 2.2

### Selbstauskunftsbogen für von Hebammen geleitete Einrichtungen zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen

Neuaufnahme                       Änderung

#### Angaben zur Einrichtung

Name \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_

(Postleitzahl, Ort)

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

IK \_\_\_\_\_

#### Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems gem. § 7 Abs. 2

Die Einrichtung hat mit der Einführung eines QM-Systems begonnen  
am \_\_\_\_\_

Die Einrichtung hat noch kein QM-System eingeführt

Die Einrichtung hat die Einführung eines QM-Systems erfolgreich  
abgeschlossen mit Auditbericht vom \_\_\_\_\_

#### Angaben zur Rechtsform der Einrichtung

Die von Hebammen geleitete Einrichtung ist

ein Einzelunternehmen

eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

- eine Partnerschaftsgesellschaft (PartG)
- eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)
- ein Verein in Übergangsphase gem. § 3 Abs. 5

**Ist Ihre Einrichtung Mitglied eines Berufsverbandes?**

ja  nein

Ggf. Name des Berufsverbandes \_\_\_\_\_

**Gesellschafterinnen/Partnerinnen der von Hebammen geleiteten Einrichtung**

*(bei Personengesellschaft oder juristischer Person):*

1. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

2. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

3. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

4. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

5. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

6. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

7. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

8. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

9. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

10. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Ggf. weitere Gesellschafterinnen/Partnerinnen sind auf einem gesonderten Bogen zu melden.

**Fachliche Leitung/Ansprechpartnerin des Leitungsgremiums gem. Anlage 1 § 1  
Buchstabe A I:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

**Vertretung der fachlichen Leitung/Ansprechpartnerin gem. Anlage 1 § 1  
Buchstabe A I:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Weitere Hebammen, die in der Einrichtung geburtshilflich tätig sind (sofern nicht bereits als Gesellschafterin/Partnerin genannt):

1. Name/Vorname, IK: \_\_\_\_\_

2. Name/Vorname, IK: \_\_\_\_\_

3. Name/Vorname, IK: \_\_\_\_\_

4. Name/Vorname, IK: \_\_\_\_\_

5. Name/Vorname, IK: \_\_\_\_\_

6. Name/Vorname, IK: \_\_\_\_\_

7. Name/Vorname, IK: \_\_\_\_\_

8. Name/Vorname, IK: \_\_\_\_\_

Ggf. weitere Hebammen sind auf einem gesonderten Bogen zu melden.

Wir sind mit der Veröffentlichung unserer Kontaktdaten in einer Hebammensuchmaschine im Internet einverstanden:

Ja

Nein

Falls ja, zusätzlich:

Wir sind mit der Veröffentlichung der E-Mail-Adresse im Internet einverstanden:

Ja

Nein

## Erklärung des Trägers

Ich/wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Bogen den Tatsachen entsprechen. Die Voraussetzungen gem. Anlage 1 des Ergänzungsvertrages nach § 134a SGB V werden von der Einrichtung ständig erfüllt.

**Über alle die Erfüllung der Voraussetzungen gem. Anlage 1 des Ergänzungsvertrages nach § 134a SGB V betreffenden Änderungen werde(n) ich/wir die Spitzenverbände der Krankenkassen, vertreten durch den VdAK/AEV, unverzüglich schriftlich informieren.\***

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der vertretungsberechtigten  
Person/en

**Bitte fügen Sie dieser Selbstauskunft bei Neuaufnahme folgende Unterlagen bei:**

- Eine Kopie eines Nachweises des Abschlusses einer ausreichenden Betriebs- und Organisationshaftpflichtversicherung gem. § 10 dieses Vertrages
- Eine Kopie eines Nachweises des Abschlusses einer Berufshaftpflichtversicherung durch die in der Geburtshilfe tätigen Hebammen gem. § 10 dieses Vertrages.
- Nachweis der Anmeldung beim zuständigen Gesundheitsamt durch Kopie der Benachrichtigung an das Gesundheitsamt.
- Nachweis zum Stand des Qualitätsmanagements gemäß Anlage 1 §2 Buchstabe A IV

Bei einer Änderungsmeldung sind nur die jeweils erforderlichen Unterlagen beizufügen.

*Sollten Sie einige der o. a. Unterlagen nicht beifügen, so bitten wir um eine formlose Erläuterung, warum die jeweiligen Unterlagen nicht eingereicht wurden.*

Bitte senden an:

Verband der Angestellten-Krankenkassen/AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV), Frankfurter Str. 84, 53721 Siegburg

**\*Ab 1. Januar 2009 an: GKV-Spitzenverband, Abteilung Ambulante Versorgung, Bereich Hebammen, Mittelstr. 51, 10117 Berlin**

sowie in Kopie ohne Nachweise an den Verband, in dem der Träger der Einrichtung Mitglied ist und für den die Gültigkeit des Vertrages gemäß Satzung gegeben ist.