

**Versichertenbestätigung B:**  
**Hebammenhilfe (Abrechnung über mehrere IK - Team)**

Name der Einrichtung (Stempel):

IK der Einrichtung:

Adressaufkleber oder  
Name der Versicherten:

	lfd. Nummer	IK der Hebamme	je Zeile Name einer Hebamme:	lfd. Nummer	IK der Hebamme	
Name Heb.:						
Name Heb.:						
Name Heb.:						Vers.-Nr.:
Name Heb.:						errechneter ET:
Name Heb.:						Geburtstag des Kindes:
Geplanter Geburtsort zum Zeitpunkt des 2. Vorgesprächs: Hausgeburt <input type="checkbox"/> Hebammengeleitete Einrichtung <input type="checkbox"/>						Rechnungsnummer:

Bogennummer:	<i>Leistungen mit Positionsnummern individuelles Vorgespräch 0200 Vorsorge 0300 Entnahme von Körpermaterial 040X CTG 060X Einzelgeburtsvorbereitung 0800 Hilfeleistung 050X, 051X Geburtshilfe im Krankenhaus (KH) 0901, 0911 Geburthilfe im KH 0902, 0912 Einrichtung 1000-1110 Hausgeburt 1200, 1210 Hilfe bei Fehlgeburt 130X, 131X Hilfe bei nicht vollendeteter Geburt 160X, 161X Geburtshilfe durch zweite Hebamme 170X, 171X Erstuntersuchung (U1) 240X Neugeborenen-Screening durchgeführt 250X Entnahme von Körpermaterial 260X Überwachung auf ärztliche Anordnung 280X, 281X 1800, 1810 Wochenbettbetreuung zu Hause klinischer Einrichtung 2100, 2110 Wochenbettbetreuung in außer-Krankenhaus 200X, 201X Fäden/Klammern bei Naht entfernen Beratung Stillen/ Ernährung Säugling 2800, 2810</i>																					
	Datum	Zeit	lfd. Nummer	A/E				A/E	A/E	Z	Z	Z	Z	Z	E	A/E		Z	A/E	A	A	A
<p>Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen A/E = Zeitangabe von/bis Z = Zeitpunkt der Geburt/Screening E = Zeitpunkt der Beendigung der Leistung A = Zeitpunkt des Beginns der Leistung sonst: keine Zeitangabe erforderlich</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift der Versicherten</p>																						