

Rahmenvertrag nach § 134a SGB V (Anlage 4.2)

Abfrageformular für die Vertragspartnerliste „Hebammen“¹

Gemäß § 134 a SGB V gilt der Vertrag für Mitglieder der Hebammenverbände DHV und BfHD sowie für nicht organisierte Hebammen, die dem geschlossenen Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (jetzt GKV-Spitzenverband) und den Berufsverbänden der Hebammen beigetreten sind. Hebammen ohne Vertragspartnerschaft können ihre Leistungen ab dem Zeitpunkt der Gültigkeit des Vertrages nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen.

Neuaufnahme Änderung Beendigung zum _____

Kontaktdaten (Bitte gut lesbar ausfüllen)

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Institutionskennzeichen (IK) der Hebamme (in der Regel eine Angabe)

Bei Wohnort im Ausland Benennung des Ortes in Deutschland, in dem die Meldung beim Gesundheitsamt erfolgt ist.

Art der Leistungserbringung

Schwangerenvorsorge
Hausgeburten Beleggeburten Geburtshaus/Praxisgeburten
Wochenbettbetreuung Kurse

¹ Zur besseren Lesbarkeit wurde nur die weibliche Form verwendet. Gemeint sind immer auch Entbindungspfleger.

Zusätzliche Angaben, falls Rechnungen über eine Hebammengemeinschaft gestellt werden sollen (Geburtshaus, Hebammenpraxen, Beleghebammenteam usw.).

Angaben zu dieser Einrichtung

Name _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Institutionskennzeichen (IK) der Hebammen-Einrichtung (in der Regel eine Angabe)²

Mittelfristig soll – insbesondere auf Wunsch der Berufsverbände – Interessierten auch im Internet eine gezielte Hebammensuche nach PLZ ermöglicht werden (dabei werden nur die Suchergebnisse aus der Vertragspartnerliste „Hebammen“ angezeigt). Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich bin mit der **Veröffentlichung im Internet** für folgende Kontaktdaten einverstanden:

- Name, PLZ, Ort, Telefon sowie Leistungsbereiche
(ohne Angabe der Straße und IK) ja nein
- E-Mail-Adresse ja nein

Mit nachfolgender Unterschrift bescheinige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben und versichere, dass ich alle Änderungen unverzüglich mitteile.

Unterschrift _____ **Datum** _____

Das **Abfrageformular** ist an den jeweiligen Berufsverband, in dem Sie organisiert sind, zu schicken. Sofern Sie nicht in einem Berufsverband organisiert sind, senden Sie das Formular bitte an den GKV-Spitzenverband.

Versandadressen:

- 1: Deutscher Hebammenverband (DHV), Gartenstr. 26, 76133 Karlsruhe
- 2: Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD), Kasseler Str. 1 a,
60486 Frankfurt
- 3: GKV-Spitzenverband, Abteilung Ambulante Versorgung, Bereich Hebammen,
Mittelstr. 51, 10117 Berlin

² Nicht IK des Belegkrankenhauses, Abrechnungszentrums o.ä.