

## Anlage 4.2 Abfrageformular zum Vertrag nach § 134a SGB V

### Abfrageformular für die Aufnahme in die Vertragspartnerliste „Hebammen“

Freiberuflich tätige Hebammen<sup>1</sup> dürfen ihre Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, wenn sie dieses Abfrageformular bei Neuaufnahme zur Vertragspartnerschaft nach § 134a SGB V vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt und unterzeichnet versendet.

Sofern Hebammen in einem der vertragsschließenden Berufsverbände Mitglied sind, ist dieses Abfrageformular an den jeweiligen Berufsverband zu senden:

- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Gartenstr. 26, 76133 Karlsruhe oder
- Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Kasseler Str. 1 a, 60486 Frankfurt

Sofern Hebammen **nicht** in einem vertragsschließenden Berufsverband Mitglied sind, ist neben diesem Abfrageformular das Beitrittsformular (Anlage 4.1) an den GKV-Spitzenverband zu senden:

- GKV-Spitzenverband, Abteilung Ambulante Versorgung, Bereich Hebammen, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

**Ich bin Mitglied im vertragsschließenden Berufsverband:** (nur ein Kreuz möglich, die Meldung für die Vertragspartnerliste (VPL) erfolgt über den angekreuzten Verband)

Mitglied im DHV:  (Versand des Formulars an DHV)  
Mitglied im BfHD:  (Versand des Formulars an BfHD)

**Ich bin kein Mitglied** in einem der beiden vertragsschließenden Berufsverbände (die Meldung zur VPL muss direkt beim GKV-Spitzenverband erfolgen):

(Versand des Formulars an GKV-Spitzenverband)

#### Kontaktdaten (bitte gut lesbar ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname\_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

**Anlage 4.2 Abfrageformular**  
zum Vertrag nach § 134a SGB V

**Art der Leistungserbringung** (wichtig für Versicherteninformation)

Schwangerenbetreuung       Wochenbettbetreuung       Kurse   
Geburten im häuslichen Umfeld       Beleggeburten       Geburten in HgE/Praxis

**Zusätzliche Angaben zu Institutionen:** (falls Rechnungen über eine Hebammeninstitution, z.B. HgE/Praxis, Hebammenpraxen, Beleghebammenteam gestellt werden sollen)

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_      Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
IK der Hebammeninstitution (in der Regel eine Angabe)<sup>2</sup>  
\_\_\_\_\_

Künftig soll Interessierten auch im Internet eine gezielte Hebammsuche nach PLZ ermöglicht werden (dabei werden nur die Suchergebnisse aus der Vertragspartnerliste „Hebammen“ angezeigt). Hierfür werden folgende Angaben benötigt:

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
- zusätzlich E-Mail-Adresse      ja       nein

(bitte ankreuzen)

- Mit nachfolgender Unterschrift bescheinige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.
- Ich versichere, dass ich alle Änderungen betreffend der obigen Daten unverzüglich formlos und schriftlich an den Verband sende, an den ich das Abfrageformular gesendet habe.
- Bei Änderungsmeldungen, die die Art der Leistungserbringung (mit oder ohne Geburtshilfe) betreffen, füge ich den Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung bei.
- Meine Angaben werden in die Vertragspartnerliste „Hebammen“ eingepflegt und den Krankenkassen vom GKV-Spitzenverband monatlich aktualisiert zur Verfügung gestellt.
- Mir ist bekannt, dass fehlerhafte, unvollständige und nicht unverzügliche Angaben/Nachweise/Änderungen nicht zum Eintrag in die VPL bzw. zur Streichung von der VPL führen.

<sup>2</sup> Nicht IK des Belegkrankenhauses, Abrechnungszentrums o.ä.

**Anlage 4.2 Abfrageformular**  
zum Vertrag nach § 134a SGB V

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_