Versichertenbestätigung A: Kurse, Abrechnung über ein oder mehrere IK

Name der Hebamme bei Teambetreuung	lfd. Heb.-Nr.	IK der Hebamme	**Name der Hebamme / Einrichtung** (Stempel):	Adressaufkleber oder Name der Versicherten:
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			Vers.-Nr.:
	7			

	IK-Nr. Hebamme / Einrichtung:	Bogennummer:
		Rechnungsnummer: .

Geburtsvorbereitung - Gruppe / Errechneter ET:

Datum	Uhrzeit von	bis	lfd. Heb.-Nr.	**0700**	Unterschrift der Versicherten

Rückbildungsgymnastik - Gruppe / Geburtstag des Kindes:

Datum	Uhrzeit von	bis	lfd. Heb.-Nr.	**2700**	Unterschrift der Versicherten

Stand: 01.01.2010