Versichertenbestätigung: Leistungen während der Geburt

Name der Versicherten _____ **Vers.-Nr.** _____ **Geburtstag des Kindes** _____ **Rechnungsnummer** _____

Dokumentationsmöglichkeit sowohl für die einzelne Hebamme als auch für Hebammen, die gemeinsam abrechnen	**lfd. Nr.**	**IK der Hebamme**	**Name (Stempel) und ggf. gemeinsames IK**
Name Heb.	1		
Name Heb.	2		
Name Heb.	3		
Name Heb.	4		
Name Heb.	5		
Name Heb.	6		

Bogen-nummer		**Leistungen mit Positionsnummern**	Hilfeleistung 050X, 051X	CTG 060X	Geburt im KH mit Dienst-Beleghebamme 09X1	Geburt im KH mit Begleit-Beleghebamme 09X2	Geburtshilfe in außerklinischer Einrichtung 1000-1110	Geburt im häusl. Umfeld 1200, 1210	Hilfe bei Fehlgeburt 130X, 131X	Hilfe bei nicht vollendeter Geburt 160X, 161X	Geburtshilfe als zweite Hebamme 170X, 171X	Erstuntersuchung (U1) 240X	Neugeborenen-Screening durchgeführt	Entnahme von Körpermaterial 250X	postpartale Überwachung 260X, 261X, 2630, 2650	**Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen** A/E = Zeitangabe von/bis Z = Zeitpunkt Geburt/Screening E = Zeitpunkt Beendigung der Leistung A = Zeitpunkt Beginn der Leistung sonst: keine Zeitangabe erforderlich
Datum	**Zeit**	**lfd. Nr.**	A/E		Z	Z	Z	Z	Z	A/E	A/E		Z		A/E	**Unterschrift der Versicherten**