Versichertenbestätigung: Leistungen in der Schwangerschaft

Name der Versicherten _____ **Vers.-Nr.** _____ **errechneter ET** _____ **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		

Geplanter Geburtsort nach Aufklärungsgespräch vor 38. SSW

Unterschrift _____

☐ Geburt im häuslichen Umfeld
☐ Geburt in HgE
☐ Begleit-Beleggeburt in KH

Bogen-nummer		**Leistungen mit Positionsnummern**	Individuelle Basisdatenerhebung und Leistungsauskunft 0200	individuelles Vorgespräch zu Schwangerschaft und Geburt 0230	spezifisches Aufklärungsgespräch zum gewählten Geburtsort 0240	Vorsorge 0300	GDM Screening 0400	Hilfeleistung 050X, 051X	CTG 060X	Einzelgeburtsvorbereitung 0800/0830	Entnahme von Körpermaterial 250X	**Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen** A/E = Zeitangabe von/bis Z = Zeitpunkt Screening E = Zeitpunkt Beendigung der Leistung A = Zeitpunkt Beginn der Leistung sonst: keine Zeitangabe erforderlich
Datum	**Zeit**	**lfd. Nr.**	A/E	A/E	A/E	A/E	Z	A/E		A/E		**Unterschrift der Versicherten**