Versichertenbestätigung: Leistungen in Wochenbett und Stillzeit

Name der Versicherten, ggf. des Kindes _____ **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**	Aufsuchende Wochenbett-betreuung 180X. 181X	Aufsuchende Wochenbett-betreuung nur Kind 183X. 185X	Wochenbettbetreuung im Krankenhaus 200X. 201X	NICHT aufsuchende Wochenbettbetreuung 2100, 2110	Fäden/Klammern bei Naht entfernen	Beratung Stillen/ Ernährung Säugling 2800, 2810	Einzelrückbildungsgymnastik 2730	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		A/E	A/E		**Unterschrift der Versicherten**