

HEBAMMENGEBÜHRENRECHNUNG

Kasse:

FAMILIEN- UND VORNAME DES (DER) VERSICHERTEN		Versicherungsnummer			
		Lfd.-Nr.		Geburtsdatum	
		Tag		Monat	Jahr
DER SCHWANGEREN / WÖCHNERIN		Versicherungsnummer			
		Lfd.-Nr.		Geburtsdatum	
		Tag		Monat	Jahr
ADRESSE		Entfernung km			
HAUSGEBURT	AMBULANTE ENTBINDUNG	ENTLASSUNG aus dem KH			
am: vollendet <input type="checkbox"/> abgebrochen <input type="checkbox"/> Betreuung von bis Dauer: Stunden	Entbindung am: im Krankenhaus Entlassung am:	Entbindung am: im Krankenhaus Entlassung am:			

1) Vorbetreuung für Hausgeburt und ambulante Entbindung

SSW								
Datum								
Zeit: von-bis								
gef. km								

.... x Hausbesuche	€	
.... x Ordinationen	€	
... x Strukturpausch.	€	
.... gefahrene km	€	
.... x km-Pauschale	€	

2) Geburt

	€	
gefahrene km bzw. km-Pauschale	€	
Qualitätssicherung und Rufbereitschaft	€	

3) Nachbetreuung

Datum							
Zeit: von-bis							
Begründung							
gef. km							

Begründungcode eintragen: Stillschwierigkeiten (ST) – Dammschnitt (DA) – mangelnde Rückbildung (R) – Nabel des Kindes (NA) – sonstige Komplik. (SO)

Datum							
Zeit: von-bis							
Begründung							
gef. km							

.... x Hausbesuche	€	
.... x Ordinationen	€	
... x Strukturpausch.	€	
.... gefahrene km	€	
.... x km-Pauschale	€	

4) Sonn- und Feiertagszuschlag

5) Ausgleichszulage

6) Material

	€	
ZWISCHENSUMME (ohne km-Gebühren)	€	
3,4 %	€	
	€	
GESAMTSUMME (inklusive km-Gebühren)	€	

Bestätigung durch Schwangere / Wöchnerin
(Ort, Datum, Unterschrift)

HEBAMME
(Datum, Unterschrift, Stempel)