

Wahlhebamme - 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	€	
. . . . gefahrene km	€	
. . . . x km-Pauschale	€	

2) Geburt

	€	
gefahrene km bzw. km-Pauschale	€	

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	€	
. . . . gefahrene km	€	
. . . . x km-Pauschale	€	

4) Sonn- und Feiertagszuschlag

	€	
--	---	--

5) Material

	€	
--	---	--

SUMME €

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

HEBAMME
(Datum, Unterschrift, Stempel)