

# 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)