

**BESTÄTIGUNG ÜBER VEREINBARUNGEN
BETREFFEND DEN MODUS DER GEBURT**

Versicherte: Vers. Nr. :	Adr.:
mitversichert bei: Vers. Nr.:	Adr.:
<input type="checkbox"/> Die Anspruchsberechtigte bestätigt, dass Hebammenbetreuung für eine geplante ambulante Geburt vereinbart wurde.	
<input type="checkbox"/> Die Anspruchsberechtigte bestätigt, dass Hebammenbetreuung für eine geplante Hausgeburt / Geburt in der Hebammenpraxis vereinbart wurde.	
_____ Unterschrift der Hebamme Stampiglie Datum: _____	_____ Unterschrift der Anspruchsberechtigten Datum: _____
Zutreffendes bitte ankreuzen.	