A) Versichertenbestätigung: Schwangerschaft

Rechnungsnummer

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname der Versicherten	geb. am:
Kassen-IK	Versicherten-Nr.
Errechneter Termin	

Name der Hebamme	Heb.-Nr.	IK

	Einmalige Leistung	Heb.-Nr.	Datum	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	Unterschrift der Versicherten
0200	Individuelle Basisdatenerhebung und Leistungsauskunft *(A/E)*					
0230	Individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt *(A/E)*					
0240	Spezifisches Aufklärungsgespräch zum gewählten Geburtsort vor 38. SSW *(A/E)*					
	Geplanter Geburtsort ☐ im häuslichen Umfeld ☐ in HgE ☐ Begleit-Beleggeburt im KH					
0400	GDM Screening			Zeitpunkt:		

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen
A/E Zeitangabe von/bis

Heb.-Nr.	Datum TT.MM.JJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	Vorsorgeuntersuchung 0300 A/E	Hilfe bei Beschwerden / Wehen 05XX A/E	CTG 060X	Einzelunterweisung Geb.vorbereitung 0800 0830 A/E	Entnahme von Körpermaterial 250X	Unterschrift der Versicherten