

BESTÄTIGUNG ÜBER VEREINBARUNGEN BETREFFEND DEN MODUS DER GEBURT

Versicherte: Vers. Nr. :	Adresse:
mitversichert bei: Vers. Nr. :	Adresse:
<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 vereinbart wurde.	
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: center;">Unterschrift der Hebamme Stampiglie</p> Datum: _____	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: center;">Unterschrift der Anspruchsberechtigten</p>
Zutreffendes bitte ankreuzen	