

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									

Hausbesuche	€	
Ordinationen	€	
Strukturpausch.	€	
gefahrene km	€	
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									

Hausbesuche	€	
Ordinationen	€	
Strukturpausch.	€	
gefahrene km	€	
km-Pauschale	€	

4) Sonn- und Feiertagszuschlag

ZWISCHENSUMME (ohne km-Gebühren)

5) Ausgleichszulage

3,4 %

6) Material

GESAMTSUMME (inklusive km-Gebühren)

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

HEBAMME
(Datum, Unterschrift, Stempel)