

**MKP-Leistung – Hebammenberatung  
Abrechnungsfomular**

Name der Schwangeren	Vers.Nr.	SSW	Unterschrift

**Hebammenberatung**

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**Abrechnung**

Pos.Nr.	Anzahl	Honorar
HBE1		
HBG3		
HBG4		
HBG5		

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Hebamme