

**Bestätigung über Vereinbarungen betreffend den Modus der Geburt**

Anspruchsberechtigte: Versicherungsnummer: Adresse:	
mitversichert bei*: Versicherungsnummer: Adresse:	
<input type="checkbox"/> Die Anspruchsberechtigte bestätigt, dass Hebammenbetreuung für eine geplante <b>ambulante Geburt</b> vereinbart wurde.**	
<input type="checkbox"/> Die Anspruchsberechtigte bestätigt, dass Hebammenbetreuung für eine geplante <b>Hausgeburt</b> vereinbart wurde.**	
_____ Unterschrift der Hebamme  Stampiglie	_____ Unterschrift der Anspruchsberechtigten
Datum: _____	Datum: _____

\* Falls zutreffend, bitte angeben.

\*\* Zutreffendes bitte ankreuzen.