Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Versicherte geboren am:		
Kassen-IK	Versicherten-Nr.	Status
Errechneter Termin	Geb.Datum Kind	

Die Unterschrift muss spätestens am Tag nach jeder Leistung erfolgen.
(A = Uhrzeit Anfang notwendig, E = Uhrzeit Ende notwendig)

Versichertenbestätigung zu Re-Nr: _____

Anja Täubert
Hebamme
IK: 451430650

Geplanter Geburtsort zum Zeitpunkt des 2. Vorgesprächs:
O Hausgeburt O Geburtshaus/Praxis/Entbindungsheim

Geburt in Krankenhaus (090/091)
Geburt in Geburtshaus (100-111)
Hausgeburt (120/121)
Fehlgeburt (130/131)
Körpermat (040/250)
Vorsorge (030)
CTG (060)
U1 (240)

Wochenbettbesuch zu Hause (180/181)
Wochenbettbesuch in Krankenhaus (200/201)
Wochenbettbesuch in Geburtshaus (210/211)
Vorgespräch (020)
Hilfe bei Beschwerden/Wehen (050/051)
Einzel-Geburtsvorbereitung (080)
2. Hebamme bei Geburt (170/171)
Überwachung (260/261)
unvollendete Geburt (160-167)
Stillberatung (280/281)

Datum	ankreuzen	Zeit Geburt	**und** ankreuz.	Uhrzeit Anf.	Ende	**und** Spalte ankreuzen A	A	A	AE	AE	AE	AE	AE	E	E	Unterschrift Versicherte