B2) Versichertenbestätigung: Leistungen als Dienst-Beleghebamme

Rechnungsnummer

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname der Versicherten	geb. am:
Kassen-IK	Versicherten-Nr.
Errechneter Termin	Geburtsdatum Kind

Name der Hebamme	Heb.-Nr.	IK

	Einmalige Leistung	Heb.-Nr.	Datum	Zeitpunkt	Unterschrift der Versicherten
2401	Erstuntersuchung des Kindes (U1)			X	
2671	Pulsoxymetrie				

Geburtshilfe

☐ (**09X1**) im KH (Dienst-Beleghebamme)

☐ (**13X1**) bei Fehlgeburt

Betreuung nach Geburt kürzer als 3 Std. bis ______________ Uhr

☐ Nur anzukreuzen bei dritter Betreuung zusätzlich zu zwei zeitgleichen Versichertenbetreuungen

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen

A/E Zeitangabe von/bis

X im Feld „für 3. Versicherte" bei dritter Betreuung zusätzlich zu zwei zeitgleichen Versicherten-betreuungen je Einzelleistung notwendig

Heb.-Nr.	Datum TT.MM.JJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	Hilfe bei Beschwer-den / Wehen 05X1 A/E	CTG 0601	Hilfe bei nicht voll. Geburt 16X1 A/E	Hilfe durch 2. Hebamme 17X1 A/E	Wochenbett im Krankenhaus 20X1 A/E	Entnahme von Körpermaterial 2501	Überwach. pp mit ärztl. Anord. 26X1 A/E	Zusatzkreuz für 3. Versicherte X	Unterschrift der Versicherten