Rechnungsnummer

C) Versichertenbestätigung: Wochenbett und Stillzeit

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

Name der Hebamme	Heb.-Nr.	IK

	Einmalige Leistung	Heb.-Nr.	Datum	Zeitpunkt	Unterschrift der Versicherten
2670 2672	Pulsoxymetrie (sofern nicht bereits erbracht)				
3810 2500	Neugeborenen-Screening				
3910	Fäden ziehen (Dammnaht)			X	
3920	Fäden/Klammern entfernen (Sectionaht)			X	

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen
A/E Zeitangabe von/bis

Heb.-Nr.	Datum TT.MM.JJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	Aufs. Wochenbett Wöchnerin 1800 1810 A/E	Aufs. Wochenbett nur Kind 1830 1850 A/E	Wochenbett im Krankenhaus 2002 2012 A/E	Nicht aufs. Wochenbett 2100 2110 A/E	Entnahme von Körpermaterial 2500 2502	Einzelrückbildungsgymnastik 2730 A/E	Hilfe bei Still-/Ernährungsschwierigk. 2800 2810 A/E	Unterschrift der Versicherten