

Lesefassung gültig ab 01.06.2012

## **Anhang 7**

### **zur Anlage 1 Qualitätsvereinbarung**

zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen  
bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE) und  
die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen

### **Formular zur Veranlassung einer Verlegung aus der HgE in ein Krankenhaus**

(Bezug: § 15 der Anlage 1)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Veranlassung einer Verlegung aus von Hebammen geleiteter Einrichtung (HgE) in ein Krankenhaus</b>							
Name, Vorname der Versicherten	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">HgE mit Adresse</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">IK Geburtshaus</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Datum und Unterschrift der Hebamme</div>							
Adresse <span style="float: right;">geb. am</span>								
Kasse <span style="margin-left: 20px;">Versichertennummer</span> <span style="float: right;">Status</span>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p><b>Verlegung</b></p> <p>Mutter <input type="checkbox"/></p> <p>Kind <input type="checkbox"/></p> </div> </div>							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b>Beförderungsmittel</b></p> <p>Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/></p> <p>Krankentransportwagen <input type="checkbox"/></p> <p>Rettungswagen <input type="checkbox"/></p> <p>Notarztwagen <input type="checkbox"/></p> <p><small>(unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V)</small></p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b>Transport</b></p> <p>sitzend <input type="checkbox"/></p> <p>liegend <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <p><b>Medizinisch technische Ausstattung</b></p> <p>Inkubator <input type="checkbox"/></p> <p>andere <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>						<p><b>Beförderungsmittel</b></p> <p>Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/></p> <p>Krankentransportwagen <input type="checkbox"/></p> <p>Rettungswagen <input type="checkbox"/></p> <p>Notarztwagen <input type="checkbox"/></p> <p><small>(unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V)</small></p>	<p><b>Transport</b></p> <p>sitzend <input type="checkbox"/></p> <p>liegend <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Medizinisch technische Ausstattung</b></p> <p>Inkubator <input type="checkbox"/></p> <p>andere <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Beförderungsmittel</b></p> <p>Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/></p> <p>Krankentransportwagen <input type="checkbox"/></p> <p>Rettungswagen <input type="checkbox"/></p> <p>Notarztwagen <input type="checkbox"/></p> <p><small>(unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V)</small></p>	<p><b>Transport</b></p> <p>sitzend <input type="checkbox"/></p> <p>liegend <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Medizinisch technische Ausstattung</b></p> <p>Inkubator <input type="checkbox"/></p> <p>andere <input type="checkbox"/></p>						
Datum und Unterschrift der Versicherten oder Begleitperson								
<b>Abrechnungsdaten des Leistungserbringers (Krankentransport)</b>								
IK des Leistungserbringers	Zuzahlung	Gesamtbrutto	Positionsnummer	Faktor	km			
Rechnungsnummer			Positionsnummer	Faktor	km			
Belegnummer								
Datum und Unterschrift des Leistungserbringers								

Formular bitte nur im Querformat verwenden