B1) Versichertenbestätigung: Geburt (nicht 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
2400 2402	Erstuntersuchung des Kindes (U1)			X	
2670 2672	Pulsoxymetrie				
	Geburtshilfe				

☐ (**09X2**) im KH (Begleit-Beleghebamme)
☐ (**11X0**) in HgE
☐ (**13X0/13X2**) bei Fehlgeburt
☐ (**10X0**) außerklinisch unter ärztlicher Leitung
☐ (**12X0**) im häuslichen Umfeld

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen
A/E Zeitangabe von/bis

Heb.-Nr.	Datum TT.MM.JJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	Hilfe bei Beschwerden / Wehen 05X0 05X2 A/E	CTG 0600 0602	Hilfe bei nicht voll. Geburt 16X0 16X2 A/E	Hilfe durch 2. Hebamme 17X0 17X2 A/E	Entnahme von Körpermaterial 2500 2502	Überwach. pp mit ärztl. Anord. 260½ 261½ A/E	Überwach. pp ohne ärztl. Anord. 2630 2650 A/E	Unterschrift der Versicherten