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)				
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	05X1 Hilfe bei Beschwerden / Wehen	0601 CTG	16X1 Hilfe bei nicht voll. Geburt	17X1 Hilfe durch 2. Hebamme	20X1 Wochenbett im Krankenhaus	2501 Entnahme von Körpermaterial	26X1 Übernach. pp mit ärztl. Anord.	Zusatzkreuz für 3. Versicherte	Unterschrift der Versicherten
				A/E		A/E	A/E	A/E		A/E	X	