C) Versichertenbestätigung: Wochenbett und Stillzeit

Rechnungsnummer

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)				
3920	Fäden/Klammern entfernen (Sectionaht)				

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 Wochnerin **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