HEBAMMENGEBÜHRENRECHNUNG

KASSE:	
FAMILIEN- UND VORNAME DES (DER) VERSICHERTEN	Versicherungsnummer Lfd.Nr. | Geburtsdatum Tag Monat Jahr
FAMILIEN- UND VORNAME DER SCHWANGEREN/WÖCHNERIN	Versicherungsnummer Lfd.Nr. | Geburtsdatum Tag Monat Jahr
ADRESSE:	ENTFERNUNG: .....km

HAUSGEBURT	AMBULANTE ENTBINDUNG	VORZEITIGE ENTLASSUNG
Am: ..... Vollendet ❑ - Abgebrochen ❑ Betreuung von ..... bis ..... Dauer: ..... Stunden	Entbindung am ..... Im Krankenhaus ..... Entlassung am	Entbindung am ..... Im Krankenhaus ..... Entlassung am .....

1) Vorbetreuung für Hausgeburt und ambulante Entbindung

SSW									
Datum									
Zeit von-bis									
gef.km									

Hausbesuche	€	
Ordinationen	€	
gefahrene km	€	
km-Pauschale	€	

2) Geburt	€	
gefahrene km bzw. km-Pauschale	€	

3) Nachbetreuung

Datum						
Zeit von-bis						
Begründung						
gef.km						

Datum						
Zeit von-bis						
Begründung						
gef.km						

Hausbesuche	€	
Ordinationen	€	
gefahrene km	€	
km-Pauschale	€	

4) Sonn- und Feiertagszuschlag	€	
SUMME	€	
5) Ausgleichszulage **3,4 %**	€	
6) Material	€	
SUMME	€	

7) Bestätigung der Schwangeren / Wöchnerin (Ort, Datum, Unterschrift)	**8) HEBAMME** (Datum/Unterschrift/Stampiglie)
Betrag dankend bar erhalten/Überweisung am:	