

**BESTÄTIGUNG ÜBER VEREINBARUNGEN
BETREFFEND DEN MODUS DER GEBURT**

| | |
|--|---|
| Versicherte: Vers. Nr. : | Adr.: |
| mitversichert bei: Vers. Nr.: | Adr.: |
| <input type="checkbox"/> Die Anspruchsberechtigte bestätigt, dass Hebammenbetreuung für eine geplante ambulante Geburt vereinbart wurde. | |
| <input type="checkbox"/> Die Anspruchsberechtigte bestätigt, dass Hebammenbetreuung für eine geplante Hausgeburt vereinbart wurde. | |
| <hr/> <p style="text-align: center;">Unterschrift der Hebamme Stampiglie</p> <p>Datum: _____</p> | <hr/> <p style="text-align: center;">Unterschrift der Anspruchsberechtigten</p> <p>Datum: _____</p> |
| Zutreffendes bitte ankreuzen. | |