Rechnungsnummer

Formular 3.4
Versichertenbestätigung Kurse

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname der Versicherten	geb. am:
Krankenkassen-IK	Versicherten-Nr.
Errechneter Termin	Geburtsdatum Kind

Name, Vorname der Hebamme	Heb-Nr.	IK oder „angestellt“

Kurseinheiten

Bitte Kursformat angeben:
analoge Live-Kurseinheit* = 2
digitale Live-Kurseinheit* = 3
Selbstlerneinheit (Videotutorial)** = 6

*findet bei Live-Kurseinheiten eine Pause statt, bitte jeweils eine neue Zeile verwenden und die Kursdauer ohne Pausenzeiten angeben

**bei Selbstlerneinheiten bitte das Datum der Bereitstellung, keine „Uhrzeit von“ und die Dauer des bereitgestellten Videotutorials bei „Uhrzeit bis“ eintragen

Heb-Nr.	Datum TT.MM.JJJJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM			Geburtsvorbereitung Gruppe 4010X 2|3|6	Geburtsvorbereitung Einzeln 4020X 2|3|6	Rückbildung Gruppe 4030X 2|3|6	Rückbildung Einzeln 4040X 2|3|6				Unterschrift der Versicherten	Begründung/Vermerk (bitte unten erläutern) X

Begründungen und Vermerke

z.B. für Einzelunterweisung