Rechnungsnummer

Formular 3.1
Versichertenbestätigung Schwangerschaft

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“

Hilfeleistungen

Geplanter Geburtsort: ☐ häusliches Umfeld ☐ HgE ☐ Begleit-Beleggeburt

Bitte jeweils die Art der Leistungserbringung angeben:
aufsuchend (bei der Versicherten) = 1
nicht-aufsuchend (bei der Hebamme) = 2
Videobetreuung = 3
Telefonkurzberatung = 4

Heb-Nr.	Datum TT.MM.JJJJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	Hilfeleistung Schwangerschaft 101XX	Vorsorge-untersuchung 1020X	Aufklärungsgespräch Geburtsort 1030X	Individuelle Stillvorbereitung 1040X	Hilfeleistung Fehlgeburt 105XX 106XX
				1-4	1|2	1|2	1|2	1|2

Material

Entnahme Körpermaterial (Frau) 60300	GDM 60400	CTG 60500	Abklärung Blasensprung 60700	Bitte verbrauchtes Material ankreuzen	Begründung/Vermerk (bitte unten erläutern)
X	X	X	X	Unterschrift der Versicherten	X

Begründungen und Vermerke

z.B. zur Unterschrift durch andere Person