Rechnungsnummer

Formular 3.3
Versichertenbestätigung Wochenbett

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 | **Material**

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		Wochenbett 301XX 303XX	Wochenbett nur Kind 304XX 305XX	Still- und Ernährungsschwierigkeiten 306XX	Pulsoxymetrie 61100	Neugeborenenscreening 61400	Entnahme Körpermaterial (Kind) 61500	Fäden ziehen Dammnaht 61600	Fäden / Klammern ziehen Sectionaht 61700	Bitte verbrauchtes Material ankreuzen	Begründung/Vermerk (bitte unten erläutern)
					1-4	1-4	1-4	X	X	X	X	X	Unterschrift der Versicherten	X

Begründungen und Vermerke

gültig ab: 01.11.2025