

# C) Versichertenbestätigung: Wochenbett und Stillzeit

Rechnungsnummer

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

Name der Hebamme	Heb.-Nr.	IK
Petra Saffer	1	450940882

Einmalige Leistung	Heb.-Nr.	Datum	Zeitpunkt	Unterschrift der Versicherten
2670 2672 Pulsoxymetrie (sofern nicht bereits erbracht)				
3810 2500 Neugeborenen-Screening				
3910 Fäden ziehen (Dammnaht)			X	
3920 Fäden/Klammern entfernen (Sectionaht)			X	

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen										Unterschrift der Versicherten	
Heb.-Nr.	Datum TT.MM.JJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	<i>Aufs. Wochen- bett Wöchnerin</i>	<i>Aufs. Wochen- bett nur Kind</i>	<i>Wochenbett im Krankenhaus</i>	<i>Nicht aufs Wochenbett</i>	<i>Entnahme von Körpermateriel</i>	<i>Einzelrückbil- dungsgymnastik</i>		<i>Hilfe bei Still-/Er- nährungsschwierigk</i>
				1800	1830	2002	2100	2500	2730		2800
				1810	1850	2012	2110	2502			2810
				A/E	A/E	A/E	A/E		A/E	A/E	