

Behandlungsvertrag (Kassenversicherte)

zwischen _____, geb. am _____ nachfolgend „Ich“ genannt

und der **Hebamme Petra Saffer** nachfolgend „meine Hebamme“ genannt

Zweck

Dieser Vertrag dient dazu, dass ich über die Bedingungen meiner Hebamme bezüglich meiner Betreuung informiert werde und diese akzeptiere.

Leistungen

Die Hebammen-Leistungen umfassen die Betreuung während und nach meiner Schwangerschaft, insbesondere Beratung, Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden, Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung, Rückbildungsgymnastik, Beratung während der Stillzeit und Einführung in die Beikost.

Kosten

Die von meiner Hebamme erbrachten Hebammen-Leistungen werden von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen (gemäß SGB V §134a) und direkt mit dieser über eine Verrechnungsstelle abgerechnet. Die erbrachten Leistungen bestätige ich mit meiner Unterschrift.

In folgenden Fällen ist eine Kostenübernahme nicht möglich und ich muss die Kosten selbst tragen:

- Wenn keine gültige Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse besteht.
- Wenn die Anzahl oder der Umfang der erstattungsfähigen Leistungen die Höchstgrenze überschreiten. Darauf weist mich meine Hebamme jedoch vorher hin.
- Wenn ich Leistungen von mehreren Hebammen in Anspruch nehme, kann mich meine Hebamme jedoch nicht auf das Erreichen einer Höchstgrenze hinweisen!

Kurse

Die Kurse finden im Klinikum Forchheim, in den Räumen der physikalischen Therapie statt.

Geburtsvorbereitung

Der Kurs umfasst unter anderem die Themen Atemübungen, Entspannungsübungen, Geburtsphasen, Vorbereitung auf die Geburt, Stillen, Brustvorbereitung, Klinikablauf, ambulante Geburt und Wochenbett. Mitzubringen sind der Mutterpass, ein Kissen und eine Decke, Zettel und Stift für Notizen, Getränk und Snack, bequeme Kleidung...

An einem oder zwei Abenden sind die Partner eingeladen um wichtige Informationen zu erhalten. Weiterhin werden z.B. Partnerübungen durchgeführt. Der Partneranteil beträgt 10€ pro Kursstunde (hierzu gibt es eine private, separate Rechnung, evtl. Kostenübernahme durch die Krankenkasse möglich).

Rückbildungsgymnastik

Dieser Kurs dient vor allem der Rückbildung und Stärkung des Beckenbodens nach der Geburt und der Kräftigung der gesamten Muskulatur. Der Kurs muss bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen werden.

Ich melde mich hiermit verbindlich für folgende Kurs an:

- Geburtsvorbereitung ab: _____
- Rückbildung ab: _____

Erreichbarkeit

Meine Hebamme ist in der Regel von Montag - Freitag von 9:00 -18:00 Uhr zu erreichen, nach Absprache auch länger oder am Wochenende. In diesen Zeiten hinterlasse ich eine Nachricht auf der Mailbox, meine Hebamme wird dann zeitnah zurückrufen. Außerhalb der Erreichbarkeit oder in dringenden Fällen kontaktiere ich meinen Frauen-/Kinderarzt/Ärztin oder das nächstgelegene Krankenhaus. Unter der Telefonnummer 116117 erhalte ich den Kontakt zum zuständigen Not-/Bereitschaftsdienst. In Notfällen wähle ich die 112.

Terminverlegungen

In seltenen Fällen können Termine kurzfristig nicht oder nur verspätet wahrgenommen werden. Meine Hebamme gibt in solchen Fällen so schnell wie möglich Bescheid und bespricht das weitere Vorgehen. Bitte +/- 30 min. vor jedem Hausbesuch einplanen.

Haftung

Meine Hebamme haftet für die Leistungen der Hebammenhilfe im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Für ihre Tätigkeit im Rahmen dieses Vertrages besteht eine Berufshaftpflichtversicherung mit einer angemessenen Deckungssumme. Sofern ein Arzt oder eine Vertretungshebamme hinzugezogen werden, entsteht hierzu ein gesondertes selbständiges Vertragsverhältnis.

Schwangerschaft

In der Schwangerschaft sind neben dem Geburtsvorbereitungskurs werden folgende Leistungen von der KK übernommen:

- Telefonische Beratungen (max. 10 min): max. 12 Kontakte
- Hilfeleistung bei Beschwerden: max. 90 min: unbegrenzte Kontakte

Wochenbett

Ich kontaktiere meine Hebamme innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt, um den 1. Hausbesuch nach der Geburt (pp) gut einplanen zu können. Dieser erfolgt in der Regel am 1. Tag nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Die Betreuung nach einer ambulanten Geburt muss ich rechtzeitig, bereits in der Schwangerschaft, mit meiner Hebamme absprechen. Zudem kontaktiere ich im Vorfeld meinen Kinderarzt/Ärztin wegen der Klärung der Vorsorgeuntersuchungen (Messung der O₂ Sättigung, Stoffwechselscreening, Hörtest, U2, Vit. K...). Diese werden nicht von meiner Hebamme durchgeführt. Ansonsten kann ein Hausbesuch innerhalb der ersten 48 Stunden nicht kurzfristig gewährleistet werden (keine Rufbereitschaft).

Informationen zur Kostenübernahme durch die KK im Wochenbett/Stillzeit:

- Bis zum 10. Tag pp übernimmt die KK jeden Tag einen HB (1.-3.pp bzw. 1. HB max. 120 min, dann 90 min.), evtl. 2 HBs
- 11. Tag – 84. Tag: HBs (max. 60 min) und Telefonate (max. 10 min): max. 16 Kontakte
- Ab 85. Tag bis 9 Monate bzw. bis zum Ende der Stillzeit bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes: HBs (max. 45 min.) und Telefonate (max. 10min): max. 8 Kontakte

Schweigepflicht und Datenschutz

Im Rahmen der Hebammen-Leistungen werden von meiner Hebamme personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt. Neben Angaben zur Person (Name, Adresse, Kostenträger usw.) gehören hierzu insbesondere die für die Behandlung notwendigen medizinischen Befunde. Meine Hebamme unterliegt der Schweigepflicht. Eine Weitergabe dieser Daten erfolgt lediglich, soweit dies für die Erbringung und Abrechnung der Hilfeleistungen erforderlich ist. Außer in diesen Fällen erfolgt eine Weitergabe an Dritte (z.B. Ärzte) nur, wenn ich hierzu einwillige oder in einem (medizinischen) Notfall.

Details kann ich dem Infoblatt „Informationen zum Datenschutz“ entnehmen.

Die Kommunikation kann neben dem persönlichen Kontakt über SMS oder E-Mail stattfinden (kein WhatsApp).

Bitte aus Datenschutzgründen keine Bilder (und Sprachnachrichten) per SMS oder E-Mail schicken.

Daten meiner Gesundheitskarte zur Abrechnung mit der Krankenkasse

Name der Krankenkasse: _____

Nummer der Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Anschrift der versicherten Person: _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Mit dem Inhalt dieser Vereinbarung bin ich einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift Hebamme