

## Hebammenpraxis „Lummerland“

Petra Haßler-Luy

Hainstraße 5

35719 Angelburg-Lixfeld

06464-911895

0171-8809845

- nachfolgend Hebamme genannt –



### Behandlungsvertrag

**Leistungen:** Hiermit nehme ich die Dienste der freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch und erhalte von ihr die erforderlichen Hebammenleistungen. Diese bestehen insbesondere in der Beratung, der Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitungskurs, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden, CTG-Überwachungen, Wochenbettbetreuung und Beratung während der Stillzeit, sowie Rückbildungsgymnastik. Wahlleistungen, Teilnahme an anderen als den zuvor genannten Kursen, sowie die Leistungen anderer Berufsgruppen, bedürfen einer gesonderten Vereinbarung.

**Kostenübernahme:** Leistungen, die auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V erfolgen, werden von der Hebamme direkt mit meiner gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet. Für Anzahl und Umfang der erstattungsfähigen Leistungen gelten Höchstgrenzen, über deren Erreichen die Hebamme mich rechtzeitig aufklären wird.

**Eigenanteil:** In folgenden Fällen werden die Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen und mir daher als Selbstzahlerin in Rechnung gestellt:

- Falls keine gültige Mitgliedschaft der unten genannten Krankenkasse festgestellt werden kann.
- Vereinbarte Termine, die von mir nicht eingehalten und nicht spätestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden.
- Falls Leistungen bei mehreren Hebammen von mir in Anspruch genommen und dadurch die erstattungsfähigen Kontingente überschritten werden. Um dies zu vermeiden werde ich die Hebamme über alle Leistungen informieren, die ich bei einer Kollegin auf Kassenkosten in Anspruch nehme, genommen habe oder zu nehmen gedenke.
- Falls meine Krankenkasse die Bezahlung der in meinem Fall eventuell umfangreicheren Wegegelder ablehnen sollte (> 20 km einfache Entfernung).
- Die Partnergebühr in Höhe von 50 € beim Geburtsvorbereitungskurs.

Weitere Wahlleistungen (wie zum Beispiel Teilnahme an weiterführenden Kursen und sogenannte Igel-Leistungen) werden separat vereinbart.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben. Mit dem Inhalt dieser Vereinbarung und den Allgemeinen Vertragsbedingungen der Hebamme bin ich einverstanden. Die Datenschutzbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen. Alle drei Dokumente sind in Blau auf der Homepage abrufbar, beziehungsweise werden mir auf Wunsch auch in Kopie ausgehändigt.

#### Meine Versichertendaten:

Name der Krankenkasse / Versicherungsgesellschaft :

Institutionskennzeichen der Krankenkasse :

Versichertennummer :

#### Name und Anschrift der Versicherten:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ / Wohnort:

---

Ort, Datum

Unterschrift