

Bestätigung über Vereinbarungen betreffend den Modus der Geburt

Anspruchsberechtigte: Versicherungsnummer: Adresse:	
mitversichert bei*: Versicherungsnummer: Adresse:	
<input type="checkbox"/> Die Anspruchsberechtigte bestätigt, dass Hebammenbetreuung für eine geplante ambulante Geburt vereinbart wurde.**	
<input type="checkbox"/> Die Anspruchsberechtigte bestätigt, dass Hebammenbetreuung für eine geplante Hausgeburt vereinbart wurde.**	
_____ Unterschrift der Hebamme Stampiglie	_____ Unterschrift der Anspruchsberechtigten
Datum: _____	Datum: _____

* Falls zutreffend, bitte angeben.

** Zutreffendes bitte ankreuzen.