

Behandlungsvertrag mit Hebamme _____

Allgemeine Betreuungsbedingungen

Ihre Anmeldung ist ab jetzt verbindlich. Sollten Sie die Hebammenleistung im Wochenbett doch nicht in Anspruch nehmen wollen, melden Sie sich bitte mindestens 6 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin ab. Bei späterer oder nicht erfolgter Abmeldung stelle ich Ihnen eine Ausfallpauschale von 400 € in Rechnung.

Leistungen

Ja, ich nehme die Dienste der freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch und beziehe von ihr die erforderlichen Hebammenleistungen. Diese bestehen insbesondere in der Beratung, der Schwangerenvorsorge, Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden, CTG-Überwachungen, Wochenbettbetreuung und Beratung während der Stillzeit.

Folgende Leistungen sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung und bedürfen einer gesonderten Vereinbarung: Wahlleistungen, Teilnahme an Kursen sowie die Betreuung bei der Geburt. Ebenfalls nicht umfasst sind Krankentransporte, ärztliche Leistungen sowie die Leistungen anderer Berufsgruppen.

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 oder 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 privat in Rechnung gestellt:

- Falls keine gültige Mitgliedschaft der u. g. Krankenkasse festgestellt werden kann.
- Vereinbarte Termine, die von mir nicht eingehalten wurden und nicht spätestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden.
- Falls Leistungen bei mehreren Hebammen in Anspruch genommen werden 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 bzw. in Anspruch genommen habe.
- Falls meine Krankenkasse die Bezahlung der in meinem Fall umfangreichen Wegegebühren ablehnen sollte.

Vertretungsregelungen und Erreichbarkeit der Hebamme

Die Hebamme ist werktags in der Zeit von 8 bis 20 Uhr zu erreichen.

Hieraus ergibt sich kein Anspruch auf ständige Erreichbarkeit. Außerhalb dieser Zeiten wenden Sie sich bitte in Notfällen an umliegende Krankenhäuser oder an die Notrufnummer 112.

Daten und die jeweilige Ansprechpartnerin wird Ihnen rechtzeitig mitgeteilt. Sollte die Hebamme nicht erreichbar sein, dann ist ein Anrufbeantworter (Mailbox) eingeschaltet. Bitte hinterlassen Sie immer deutlich Ihren Namen mit Nachricht und Telefonnummer. Sie werden dann schnellst möglichst zurückgerufen, spätestens innerhalb von 24 Stunden. Sollte dies nicht ausreichen, wenden Sie sich umgehend an Ihre betreuenden Ärzte bzw. das nächste Krankenhaus. Auch eine SMS ist eine Möglichkeit. Bitte gehen Sie aber davon aus, dass die Hebamme nicht permanent auf ihr Handy schaut. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitte ich Sie, auf die Kontaktaufnahme per WhatsApp, insbesondere auf die Versendung von Fotos zu verzichten. Nachrichten über „WhatsApp“ oder „Facebook“ können nicht beantwortet werden. Sollte die Hebamme bei einer Fortbildung, krank oder im Urlaub sein, wird eine andere Hebamme die Vertretung übernehmen.

Carina Peuckert (0171 - 730 72 35)
Sarah Moitzheim (0157 - 878 1 77 55)
Alina Kiefer (0151 – 17 21 90 80)

Weitere Wahlleistungen (wie z. B. Blutegeltherapie, Akupunktur, K- Taping usw.) werden separat vereinbart.



Ich bestätige 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. Von allen drei Dokumenten habe ich eine Kopie erhalten. Änderungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform.

Daten laut meiner Gesundheitskarte (zur Abrechnung mit meiner Krankenkasse):

Nummer der Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Name der Krankenkasse: _____

Name und Anschrift der Versicherten:

Ort, Datum

Unterschrift