

Ärztliche Anordnung

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

Hebammennr./Poolnr.



Die **Hilfeleistung im späten Wochenbett (303XX)**

ist **über die 12.Lebenswoche des Kindes hinaus** notwendig (Begründung beachten)

Indikation/Diagnose für notwendige, weitere Hilfeleistungen im Wochenbett

Zusätzliche notwendige Anzahl/Dauer für Hilfeleistungen im Wochenbett

Anzahl notwendiger zusätzlicher Betreuungen im
Wochenbett in Tagen (*Überschreitung des Kontingents*)

Zusätzlich notwendige Einheiten pro Besuch im
Wochenbett in Minuten (*Überschreitung der maximalen
Besuchsdauer/Tag*)

Datum

Stempel / Unterschrift

Stempel muss folgende Angaben des Arztes/der Ärztin enthalten: (Bitte ergänzen, wenn nicht enthalten)

Vor- und Nachname:

Adresse:

Fachrichtung:

Arztnummer:

Betriebstättennummer: