



## **Behandlungsvertrag über Hebammenhilfe nach §134a SGB V**

Zwischen **Frau** \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname, sowie Geburtsdatum)

und der **Hebamme** Eva-Maria Chrzonsz

### **Leistungen und Kostenübernahme**

Meine Leistungen erfolgen auf Grundlage des Vertrages über Hebammenhilfe nach §134a SGB V.  
Hierzu gehören:

- Beratung, auch telefonisch
- Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden
- Schwangerenvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien
- Wochenbettbetreuung
- Beratung bei Still- und Ernährungsproblemen des Säuglings
- Termine erfolgen nur nach Absprache und bei Hausbesuchsterminen plus/minus 30 Min.

Oben genannte Leistungen werden von der Krankenkasse übernommen und direkt mit ihr abgerechnet.

Bitte geben Sie alle Leistungen an, die bereits von einer anderen Hebamme berechnet wurden.

Als Privatversicherte erkundigen Sie sich bitte wegen der Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse.

Weitere Angebote sind keine Kassenleistungen und werden privat in Rechnung gestellt:

- Unterstützung bei belastenden Stress- und Angstzuständen in der Schwangerschaft und im Wochenbett
- Aufarbeitung von überwältigenden Geburtserlebnissen
- Schreibabyberatung und Schlafberatung
- Systemische Familientherapie

### **Sprechzeiten**

Ich bin werktags telefonisch unter 0661.41488 von 08- 20 Uhr für Sie erreichbar. Bitte sprechen Sie auf den Anrufbeantworter. Sie werden bald möglichst zurück gerufen.

In NOTFÄLLEN wenden Sie sich bitte an Ihre Geburtsklinik oder die Kinderklinik.

Oder wählen Sie die 112 (Notruf).

### **Vertretung**

Sollte ich bei einer Fortbildung, krank oder im Urlaub sein, werde ich mich um eine Vertretung bemühen. Name und Telefonnummer gebe ich Ihnen rechtzeitig bekannt.

Im Vertretungsfall erklären Sie sich als Leistungsempfängerin mit der Weitergabe relevanter Daten und Informationen an die vertretende Kollegin einverstanden.

### **Schweigepflicht**

Die Hebamme unterliegt der Schweigepflicht.

**Bitte informieren Sie mich innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt Ihres Kindes, nur so kann ich die Hausbesuche kurzfristig einplanen.**

---

Datum

Unterschrift der Hebamme

Unterschrift der Leistungsempfängerin