

## D) Versichertenbestätigung: Kurse

Rechnungsnummer

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

Name der Hebamme	Heb.-Nr.	IK
Stefanie Seidel	1	451605640
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	

- (0700) Geburtsvorbereitungskurs (Zeitangabe von/bis und Angabe Errechneter Termin erforderlich)
- (2700) Rückbildungsgymnastikkurs (Zeitangabe von/bis und Angabe Geburtsdatum Kind erforderlich)

Heb.-Nr.	Datum TT.MM.JJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	Unterschrift der Versicherten
	13.05.2025	09:45	11:00	
	20.05.2025	09:45	11:00	
	27.05.2025	09:45	11:00	
	03.06.2025	09:45	11:00	
	10.06.2025	09:45	11:00	
	17.06.2025	09:45	11:00	
	24.06.2025	09:45	11:00	
	01.07.2025	09:45	11:00	