

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 |
|----------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|
| | 30.08.2024 | 12:00 | 13:15 | |
| | 06.09.2024 | 10:00 | 11:15 | |
| | 13.09.2024 | 10:00 | 11:15 | |
| | 17.09.2024 | 10:00 | 11:15 | |
| | 24.09.2024 | 10:00 | 11:15 | |
| | 27.09.2024 | 10:00 | 11:15 | |
| | 15.10.2024 | 10:00 | 11:15 | |
| | 18.10.2024 | 10:00 | 11:15 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |