

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
	25.10.2024	10:00	11:15	
	01.11.2024	10:00	11:15	
	08.11.2024	10:00	11:15	
	12.11.2024	10:00	11:15	
	19.11.2024	10:00	11:15	
	29.11.2024	10:00	11:15	
	06.12.2024	10:00	11:15	
	13.12.2024	10:00	11:15	