

**Anlage 4.2**  
**zum Rahmenvertrag nach § 134a SGB V**

**Abfrageformular für die Vertragspartnerliste „Hebammen“<sup>1</sup>**

Gemäß § 134 a SGB V gilt der Vertrag für Mitglieder der Hebammenverbände BDH und BfHD sowie für nicht organisierte Hebammen, die dem geschlossenen Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Hebammenverbänden beigetreten sind. Hebammen ohne Vertragspartnerschaft können ihre Leistungen ab dem Zeitpunkt der Gültigkeit des Vertrages nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen.

Die nachfolgenden Daten werden erhoben, damit bei der Abrechnung überprüft werden kann, ob die Hebamme Vertragspartnerin der Krankenkassen ist.

**Neuaufnahme:**

**Änderung:**

**Status** (nur ein Kreuz möglich)\*

Mitglied im BDH:  (Versand des Formulars an BDH) <sup>2</sup>

Mitglied im BfHD:  (Versand des Formulars an BfHD) <sup>2</sup>

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Kein Mitglied in einem der beiden Berufsverbände:   
(Versand des Formulars an VdAK/AEV) <sup>2</sup>

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße:\* \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Bei Wohnort im Ausland (und Neuaufnahme):

Ort in Deutschland, in dem die Meldung beim Gesundheitsamt erfolgt ist\*<sup>\*</sup>:

\_\_\_\_\_

Ich bin mit der Veröffentlichung der Kontaktdaten und Leistungsbereiche in einer Hebammensuchmaschine im Internet einverstanden:

**ja**  **nein**

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wurde nur die weibliche Form verwendet. Gemeint sind immer auch Entbindungspfleger

<sup>2</sup> Anschriften umseitig

\* Die mit \* gekennzeichneten Felder werden nicht veröffentlicht

Falls ja, zusätzlich:

Ich bin mit der Veröffentlichung der E-Mail-Adresse im Internet einverstanden:

ja  nein  **E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

Für die Leistungserbringung verbindliche(s) Institutionskennzeichen der Hebamme\*:

\_\_\_\_\_

Zur Information der (werdenden) Mütter benötigen die Vertragspartner nachfolgende Angaben<sup>3</sup>:

**Art der Leistungserbringung:**

Schwangerenvorsorge:

Geburtshilfe:

Hausgeburten:  Beleggeburten:  Geburtshaus/Praxisgeburten:

Wochenbettbetreuung:  Kurse:

Zusätzlich, falls Rechnungen über eine Hebammengemeinschaft gestellt werden  
(Geburtshaus, Hebammenpraxen, Beleghebammenteam usw.)

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Postleitzahl der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ort der Einrichtung:

Telefonnummer der Einrichtung: \_\_\_\_\_

E-Mail der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen:\* \_\_\_\_\_

Zusätzlich (falls gegeben) weiteres Institutionskennzeichen:\* \_\_\_\_\_

Mit nachfolgender Unterschrift bescheinige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben und versichere, dass ich Änderungen unverzüglich dem Erstempfänger dieses Formulars (s. o.) mitteile.

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

Je nach Mitgliedschaft bitte senden an:

- 1: Bund Deutscher Hebammen (BDH), Gartenstr. 26, 76133 Karlsruhe
- 2: Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD), Kasseler Str. 1 a, 60486 Frankfurt
- 3: Verband der Angestellten-Krankenkassen/AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV), Frankfurter Str. 84, 53721 Siegburg

3 Bitte auch ausfüllen, wenn Sie eine Veröffentlichung der Leistungsbereiche nicht wünschen