

Name, Geburtsdatum: _____

Behandlungsvertrag

Bitte bringen Sie den gelesenen und unterschriebenen Behandlungsvertrag zum ersten Termin mit.

Leistung:

Die Wochenbettambulanz ist ausschließlich für Frauen gedacht, die aufgrund des Hebammenmangels keine Hebamme für die aufsuchende Wochenbettbetreuung gefunden haben. Die Leistungsempfängerin nimmt die Hilfe einer freiberuflichen Hebamme in Anspruch. Die Leistung der nicht aufsuchenden Wochenbettbetreuung erfolgt auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V nebst seinen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung. Die jeweils diensthabende Hebamme leistet ausschließlich eine Basisversorgung im Wochenbett zu den vereinbarten Sprechzeiten.

Es werden keine aufsuchenden Hausbesuche geleistet.

Beachten Sie bitte auch, dass die im Rahmen der Wochenbettambulanz tätigen Hebammen keine Frauen betreuen, die ambulant geboren haben. Das bedeutet, Sie müssen mindestens 48 Std. nach der Geburt in der Klinik verbracht haben. Wir übernehmen weder die Durchführung des Stoffwechsel-Tests noch die Kontrolle der Sauerstoffsättigung. Für Blutkontrollen bei einer Neugeborenenengelbsucht muss der Kinderarzt oder die Kinderklinik aufgesucht werden.

Die im Rahmen der Wochenbettambulanz tätigen Hebammen im Familienzentrum Esslingen übernehmen keine Krankheitsvertretung anderer freiberuflichen Hebammen oder Praxen, auch keine Wochenend- oder Urlaubsvertretung.

An Wochenenden und Feiertagen und in dringenden Fällen wenden Sie sich bitte an die nächstgelegene Klinik, Ihren Frauenarzt bzw. Kinderarzt, den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (116 117) oder wählen Sie den Notruf 112.

Anmeldung:

Die Wochenbettambulanz findet im Familienzentrum Esslingen, Bachstraße 6, in 73730 Esslingen-Zell statt. Eine Anmeldung ist erst nach der Geburt möglich.

Zur Terminvergabe melden Sie sich bitte unter www.familienzentrum-esslingen.de/wochenbettambulanz an.

Kostenregelung:

Die Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt auf Basis der Hebammengebührenverordnung bzw. der Hebammen-Privat- Gebührenverordnung (HebGebO) BaWü. Dafür benötigen alle Hebammen Ihre gültige Krankenkassenskarte. Legen Sie diese bitte (jedes Mal!) zusammen mit dem Mutterpass und dem gelben U-Kinderheft bereit. Sie quittieren Ihren Besuch bei jeder Hebamme separat.

Vereinbarte Termine, die von Ihnen nicht rechtzeitig per E-Mail bis spätestens 18 Uhr des Vortags abgesagt werden, werden Ihnen mit 31,25 € privat in Rechnung gestellt. Die Abmeldung erfolgt per E-Mail unter folgender Adresse: wochenbett@familienzentrum-esslingen.de

Falls keine gültige Mitgliedschaft in einer Krankenkasse besteht, werden Ihnen die Hebammenleistungen ebenfalls privat berechnet, ebenso bei Überschreitung der abrechenbaren Leistungen/des Kontingentes, welches die Krankenkassen nicht übernehmen.

Pro Besuch wird eine Materialpauschale von 5,- € in bar erhoben.

Sonstiges:

Sind einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Regelungen des Vertrages. Die unwirksamen Bestimmungen sollen ersetzt werden durch eine solche Regelung, die der unwirksamen am nächsten kommt.

Anmeldung zur Betreuung (Version für die Klientin)

- ✓ Hiermit melde ich mich verbindlich zur Wochenbettambulanz im Familienzentrum Esslingen an.
- ✓ Mit dem Inhalt dieses Behandlungsvertrags erkläre ich mich einverstanden.
- ✓ Die Angaben beim Anamnesebogen sind richtig.
- ✓ Ich willige in die Datenverarbeitung ein und bin mit der DSGVO einverstanden.

Datum, Unterschrift der Klientin: _____

Datum, Unterschrift der Hebamme: _____

Anamnese-Bogen der Wochenbettambulanz im Familienzentrum

Bitte füllen Sie diesen Bogen gewissenhaft und vollständig aus und bringen ihn zum ersten Termin mit.

Name, Vorname: _____

eigenes Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name der Krankenkasse oder „privatversichert“: _____

Versicherungsnummer: _____

Versichertennummer: _____

Frauenarzt, Ort, Tel.nr.: _____

Kinderarzt, Ort, Tel.nr.: _____

Wievielte Schwangerschaft? _____ Wievielte Geburt? _____

Vorherige Geburten:

Jahr: _____ Art der Geburt: _____ wie lange gestillt: _____

Jahr: _____ Art der Geburt: _____ wie lange gestillt: _____

Jahr: _____ Art der Geburt: _____ wie lange gestillt: _____

Allergien: _____

gesundheitliche Probleme: _____

Blutgruppe: _____ ggf. Rhesusprophylaxe durchgeführt am: _____

Schwangerschaftsdiabetes: ja /nein

B-Streptokokken positiv: ja / nein

Besonderheiten während dieser Schwangerschaft: _____

Name, Geburtsdatum: _____

Name des Kindes: _____

Errechneter Termin: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsart und ggf. Grund: _____

Besonderheiten: _____

Entlassungsdatum: _____ Geburtsgewicht: _____

Entlassungsgewicht: _____

Datum der U2: _____ Stoffwechselfest abgenommen am: _____

Sauerstoffsättigung: _____%

Besonderheiten bei U2: _____

Gelbsuchtwert des Kindes: _____ Datum: _____

Hb der Mutter bei Entlassung: _____ Blutdruck der Mutter bei Entlassung: _____

Was musste evtl. genäht werden? _____

evtl. Nahtprobleme: _____

Stillen Sie? _____ Hilfsmittel/warum: _____

Wie geht es Ihrer Brust? _____

Brustwarzen: _____

Wichtiges Anliegen: _____

Anmeldung zur Betreuung (Version für die Hebammen der Wochenbettambulanz im Familienzentrum)

- ✓ Hiermit melde ich mich verbindlich zur Wochenbettambulanz im Familienzentrum Esslingen an.
- ✓ Mit dem Inhalt dieses Behandlungsvertrags erkläre ich mich einverstanden.
- ✓ Die Angaben beim Anamnesebogen sind richtig.
- ✓ Ich willige in die Datenverarbeitung ein und bin mit der DSGVO einverstanden.

Datum, Unterschrift der Klientin: _____

Datum, Unterschrift der Hebamme: _____