

Behandlungsvertrag

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

Name, Geburtsdatum: _____

Leistung:

Die Hebammensprechstunde mit Wochenbettambulanz steht allen Frauen während der Schwangerschaft bis zur Stillzeit zur Verfügung. Die Leistungsempfängerin nimmt die Hilfe der freiberuflichen Hebammen in Anspruch. Die Leistungen erfolgen auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V nebst seinen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung. Es werden keine aufsuchenden Hausbesuche geleistet. Alle Termine der Hebammensprechstunde mit Wochenbettambulanz finden im Familienzentrum Esslingen, Bachstraße 6 in 73730 Esslingen-Zell statt.

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 / Termine in der Schwangerschaft, Dauer ca. 1 Std.:

Gerne vereinbaren wir mit Ihnen und Ihrem Partner ein Vorgespräch in der Schwangerschaft. Dieses beinhaltet z.B. Aufnahme und Information zur Hebammenarbeit, individuelle Beratung und Orientierungshilfe rund um Schwangerschaft, Geburt & Wochenbett und Beantwortung Ihrer Fragen. Dazu zeigen wir Ihnen Möglichkeiten für zusätzliche Beratungen und Hilfen auf. Bei Bedarf bieten wir Ihnen weitere Termine zur Beratung und Behandlung in der Schwangerschaft an.

Anmeldung / Termine nach der Geburt, Dauer 30 min: ein Termin in der Wochenbettambulanz beinhaltet Untersuchungen von Mutter (z.B. Vitalzeichen, Nahtkontrolle, Rückbildung, etc.) und Kind (u.a. Nabelpflege, Gewicht, Allgemeinzustand), sowie auch Beratung zu verschiedenen Themen (z.B. Stillen, Schlaf u.v.m.) im Wochenbett. Bei Bedarf machen wir mit Ihnen zusammen Folgetermine in den nächsten Tagen oder Wochen aus. Beachten Sie bitte, dass wir 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 wie z.B. bei einer Neugeborenenengelbsucht muss der Kinderarzt oder die Kinderklinik aufgesucht werden.

Für beide Angebote melden Sie sich zur Terminvergabe bitte unter www.familienzentrum-esslingen.de/hebammensprechstunde an.

Kostenregelung:

Die Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt auf Basis der Hebammengebührenverordnung - dafür benötigen wir Ihre gültige Krankenkassenkarte - bzw. der Hebammen-Privat-Gebühren-Verordnung BaWü.

Legen Sie Ihre Krankenkassenkarte bitte jedes Mal zusammen mit dem Mutterpass und (nach der Geburt) dem gelben U-Kinderheft bereit. Jede Hebamme rechnet selbst ab, d.h. 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 zum jeweils gültigen Krankenkassensatz 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 privat berechnet. Ebenso bei Überschreitung der abrechenbaren Leistungen/des Kontingentes, welches die Krankenkassen nicht übernehmen und bei Kontakten zu anderen Hebammen, z.B. eine doppelte Abrechnung derselben Leistung. Hierbei berechnen wir bei gesetzlich Versicherten nach dem Krankenkassensatz des Hebammenhilfe-Vertrags, jeweils gültiges Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V.

Pro Besuch nach der Geburt 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 zur Hebammensprechstunde mit Wochenbettambulanz an.
- ✓ Mit dem Inhalt dieses Behandlungsvertrags erkläre ich mich einverstanden.
- ✓ Die Angaben beim Anamnesebogen in der Schwangerschaft sind richtig.
- ✓ Ich willige in die Datenverarbeitung ein und bin mit der DSGVO einverstanden.

Datum, Unterschrift der Klientin: _____

Datum, Unterschrift der Hebamme: _____

Anamnese-Bogen in der Schwangerschaft

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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name der Krankenkasse oder privatversichert: _____

Versicherungsnummer: _____

Versichertennummer: _____

Frauenarzt, Tel.Nr.: _____

Kinderarzt, 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 O /nein O B-Streptokokken positiv: ja O/ nein O

Besonderheiten während dieser Schwangerschaft: _____

Anmeldung zur Betreuung (Version für die Hebammen)

- Hiermit melde ich mich verbindlich zur Hebammensprechstunde mit Wochenbettambulanz 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: _____

Wochenbett-Bogen

Name, Vorname der Mutter: _____

Geburtsdatum der Mutter: _____

Name des Kindes: _____

Errechneter Geburtstermin: _____ **Geburtsdatum:** _____

Geburtsart und ggf. Grund: _____

Besonderheiten: _____

Geburtsgewicht: _____ **Entlassungsgewicht:** _____

Entlassungsdatum: _____

Datum der U2: _____ Stoffwechselltest am: _____

Sauerstoffsättigung: _____ % Sonografie (Hüfte, Kopf, ...): _____

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: _____
