AZH - MultiBo V/N Heb.-Nr.: **Teschner** Bogennummer: V 9/17

Nachname _____ Vorname _____

Straße und Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ geb. am _____

Kassennummer / IK _____ Versichertennummer _____

Krankenkasse / Kostenträger _____

☐ gesetzlich
☐ gesetzlich mit Zusatzvers.
☐ privat versichert
☐ Selbstzahler (Kassensatz)

AZH
Abrechnungszentrale für Hebammen GmbH

- Dieses Feld bitte nicht beschriften -

© by AZH – Abrechnungszentrale für Hebammen GmbH

Zutreffende Leistungen bitte ankreuzen:

A = Zeitpunkt des Beginns der Leistung
A-E = Zeitangabe Anfang / Ende der Leistung
Z = Zeitpunkt
* nicht quittierungspflichtig

ET: _____
Geburt am: _____
Entlassung am: _____
☐ Mehrlinge: _____
☐ Mat.-Pauschale WB-Betreuung

Datum	Zeit	Anzahl Pat./km	Beratung in der Schwangerschaft * A	Individuelle Basisdatenerhebung und Leistungsauskunft A-E	Individuelles Vorgespräch zu Schwangerschaft und Geburt A-E	Spezifisches Aufklärungsgespräch zum gewählten Geburtsort A-E	Vorsorgeuntersuchung 010x	Mat.-Pauschale zu 0300 P	Entnahme von Körpermaterial A 250x	GDM Screening Z 0400	Hilfeleistungen A-E 050x 051x	Mat.-Pauschale zu 050x/051x P	CTG A 060x	Aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin A-E 1800 1810	Aufsuchende Wochenbett-betreuung nur Kind A-E 1830 1850	Wochenbettbetreuung im Krankenhaus A-E 200X 201X	NICHT aufsuchende Wochenbettbetreuung A-E 2100 2110	Beratung der Wöchnerin via Kommunikationsmedium * A 230x	Hilfe Stillen/Ernährung Säugling A-E 2800 2810	Beratung Stillen/Ernährung via Kommunikationsmedium * A 2900	Mat.-Pauschale Neugeborenen-Screening Z 3810	Mat.-Pauschale Fäden ziehen bei Dammnaht 3910	Mat.-Pauschale Fäden/Klammern entfernen bei Sectionaht 3920	0= ambulant; 1= im KH, 2= im KH 1:1 Betreuung	Begründung	Unterschrift

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Abrechnungszentrale für Hebammen GmbH (AZH).
Mit der Weiterleitung der abrechnungsrelevanten Daten an die AZH bin ich einverstanden.