

Lesefassung gültig ab 01.06.2012

Anhang 7

zur Anlage 1 Qualitätsvereinbarung

zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen
bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE) und
die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen

Formular zur Veranlassung einer Verlegung aus der HgE in ein Krankenhaus

(Bezug: § 15 der Anlage 1)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Veranlassung einer Verlegung aus von Hebammen geleiteter Einrichtung (HgE) in ein Krankenhaus																			
Name, Vorname der Versicherten	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">HgE mit Adresse</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">IK Geburtshaus</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Datum und Unterschrift der Hebamme</div>																			
Adresse geb. am																				
Kasse Versichertennummer Status	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>Verlegung</p> <p>Mutter <input type="checkbox"/></p> <p>Kind <input type="checkbox"/></p> </div> </div>																			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Beförderungsmittel</td> <td style="width: 33%;">Transport</td> <td style="width: 33%;">Medizinisch technische Ausstattung</td> </tr> <tr> <td>Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/></td> <td>sitzend <input type="checkbox"/></td> <td>Inkubator <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Krankentransportwagen <input type="checkbox"/></td> <td>liegend <input type="checkbox"/></td> <td>andere <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rettungswagen <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Notarztwagen <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">(unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V)</p>						Beförderungsmittel	Transport	Medizinisch technische Ausstattung	Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/>	sitzend <input type="checkbox"/>	Inkubator <input type="checkbox"/>	Krankentransportwagen <input type="checkbox"/>	liegend <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>	Rettungswagen <input type="checkbox"/>			Notarztwagen <input type="checkbox"/>		
Beförderungsmittel	Transport	Medizinisch technische Ausstattung																		
Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/>	sitzend <input type="checkbox"/>	Inkubator <input type="checkbox"/>																		
Krankentransportwagen <input type="checkbox"/>	liegend <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>																		
Rettungswagen <input type="checkbox"/>																				
Notarztwagen <input type="checkbox"/>																				
Datum und Unterschrift der Versicherten oder Begleitperson																				
Abrechnungsdaten des Leistungserbringers (Krankentransport)																				
IK des Leistungserbringers	Zuzahlung	Gesamtbrutto	Positionsnummer	Faktor	km															
Rechnungsnummer			Positionsnummer	Faktor	km															
Belegnummer																				
Datum und Unterschrift des Leistungserbringers																				

Formular bitte nur im Querformat verwenden