Bitte zurücksenden an unsere Postadresse Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz.

Rufbereitschaftspauschale

Personenbezogene Daten des Versicherten

(Bitte vollständig ausfüllen)

Nachname	Vorname

Geburtsdatum

Zuständige Hebamme

(Bitte vollständig ausfüllen)

Name der Hebamme	IK der Hebamme

Die o.g. Versicherte hat die entstandenen Kosten in Höhe von _____ EUR für die Rufbereitschaft ab der 38. Schwangerschaftswoche entrichtet.

Die Zulassung nach § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V sowie eine 24-stündige Erreichbarkeit und die sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe wird hiermit bestätigt.

_____ _____

Ort und Datum | Stempel und Unterschrift der Hebamme

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de