

# 10 Monde Hebammenpraxis

Schillerstraße 7 · 18055 Rostock [www.Hebammenpraxis-10monde.de](http://www.Hebammenpraxis-10monde.de)

## Behandlungsvertrag gem. §630a BGB über die Inanspruchnahme von Hebammenhilfe

Liebe werdende Eltern,  
schön, dass ihr Euch für eine Hebammenbetreuung entschieden habt. Dieser Behandlungsvertrag gibt Euch wichtige Informationen, damit eine gute Zusammenarbeit sichergestellt werden kann.

Anschrift der Hebamme: Handynummer:

---

---

---

---

Anschrift der Versicherten:

Geburtsdatum:

Telefon/Mail/Handy:

Nr. der Kasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

Ich melde mich hiermit zur Wochenbettbetreuung an. Ich versichere, Mitglied folgender Krankenkasse zu sein: \_\_\_\_\_

### 1. Allgemeine Betreuungsbedingungen

Deine Anmeldung ist ab jetzt verbindlich. Solltest du die Hebammenleistung im Wochenbett doch nicht in Anspruch nehmen wollen, melde dich bitte mindestens 6 Wochen vor dem errechnetem Geburtstermin ab. Bei späterer oder nicht erfolgter Abmeldung stelle ich eine Ausfallpauschale von 400 Euro in Rechnung.

### 2. Leistungen mehrerer Hebammen

Falls Du Leistungen mehrerer Hebammen in Anspruch nimmst, werden unter Umständen die erstattungsfähigen Kontingente der Krankenkassen überschritten. Bitte informiere mich über alle Leistungen die Du bei weiteren Hebammen in Anspruch genommen hast. Andernfalls stelle ich Dir diese Leistungen rückwirkend privat in Rechnung.

### 3. Betreuungsleistungen

Dir steht bereits während der Schwangerschaft Hebammenhilfe (Beratung, Hilfe bei Beschwerden) Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung und nach der Wochenbettzeit, Rückbildungsgymnastik sowie telefonische Beratung zu. Diese Leistungen, sowie Wochenbettbetreuung, Hilfe bei Stillproblemen und Ernährungsberatung sind Krankenkassenleistungen, die ich direkt mit der Kasse abrechne. Dazu gebe ich deine Daten online ausschließlich an die Abrechnungsstelle Ihrer Krankenkasse weiter. Du quittierst mir

meine Leistungen und erhält auf Wunsch eine Kopie des Nachweises. Solltest du damit nicht einverstanden sein, so muss ich die Papierform des Verfahrens wählen und dir 5 % der Hebammengebührenrechnung privat in Rechnung stellen.

## **10 Monde Hebammenpraxis**

Schillerstraße 7 · 18055 Rostock · [www.Hebammenpraxis-10monde.de](http://www.Hebammenpraxis-10monde.de)

### **3.1 Anzahl der erstattungsfähigen Leistungen**

- 12 Beratungen in der Schwangerschaft (incl. Telefonischer Beratung)
- 20 Kontakte in den ersten 10 Tagen nach der Geburt
- 16 Hebammenleistungen nach Ablauf von 10 Tagen bis zur 12. Lebenswoche
- 8 Still- und Ernährungsberatungen (incl. telefonischer Beratung) nach Ablauf von 12 Wochen

### **3.2 Leistungen auf private Rechnung**

**In folgenden Fällen werden die erbrachten Leistungen von der Hebamme privat in Rechnung gestellt:**

- Falls keine gültige Mitgliedschaft bei der von Leistungsempfängerin angegebenen Krankenkasse feststellbar sein sollte.
- Falls die Inanspruchnahme der Hebamme nach zeitlicher Einordnung die umschriebenen Leistungen in der gesetzlichen Hebammenhilfe übersteigt.
- Vereinbarte Termine, die von der Leistungsempfängerin nicht eingehalten werden und nicht rechtzeitig bis zu einer Stunde vor dem vereinbarten Termin persönlich abgesagt werden, werden mit 40 € pro Besuch in Rechnung gestellt. (Sofern die Hebamme noch rechtzeitig, d.h. spätestens 1 Stunde vor dem Termin persönlich erreicht und über den ausfallenden Termin informiert wird, wird dieser Betrag nicht berechnet.)

### **4. Vertretungsregelungen und Erreichbarkeit der Hebamme:**

Ich bin über Handy , siehe oben Mo-Fr in der Zeit von 8 bis 18 Uhr und Sa 9-15 Uhr zu erreichen. Hieraus ergibt sich kein Anspruch auf ständige Erreichbarkeit. Außerhalb dieser Zeiten wende dich bitte in Notfällen an: Kreißsaal Klinikum Suedstadt Rostock 0381 44014546 oder an die Notrufnummer 112.

Auch eine SMS ist eine Möglichkeit. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitte ich, auf die Kontaktaufnahme per WhatsApp, insbesondere auf die Versendung von Fotos zu verzichten. Sollte ich bei einer Fortbildung, krank oder im Urlaub sein, wird mich eine meiner Kolleginnen vertreten.

### **5. Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und ausgefallene Besuche:**

Auf Grund der unterschiedlichen Anfahrtswege, unterschiedlicher Dauer der einzelnen Hausbesuche und eventueller Notfälle kann die ausgemachte Uhrzeit um +/- 30 Minuten variieren. Es ist leider nicht immer möglich, dich vorher davon telefonisch zu informieren.

## **6. Haftung**

Die Hebamme haftet für Leistungen der Hebammenhilfe im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen im Bereich der Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett sowie bei Stillproblemen und Ernährungsproblemen des Säuglings für vorsätzliches Verhalten oder bei grober Fahrlässigkeit, ausgenommen sind Personenschäden. Für die Tätigkeit der Hebamme im Rahmen dieses Vertrages besteht eine Berufshaftpflichtversicherung mit einer angemessenen Deckungssumme. Sofern eine Ärztin/ ein Arzt hinzugezogen wird, entsteht zu dieser/diesem ein selbständiges Vertragsverhältnis. Die Hebamme haftet nicht für die ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen.

## **7. Medizinische Unterlagen / Datenschutz**

Im Rahmen dieses Vertrages werden Daten über Person, sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, gespeichert, verarbeitet und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger/Abrechnungsstellen) übermittelt. Weitere Daten werden zum Zwecke der Begleituntersuchung, Dokumentation und Auswertung mit der Einschränkung verwendet, dass die Privatsphäre der Leistungsempfängerin vor der Öffentlichkeit geschützt wird. Die Hebamme unterliegt der Schweigepflicht und beachtet die einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzes. Im Falle der Hinzuziehung eines Arztes/einer Klinikeinweisung stellt die Hebamme der weiterbetreuenden Stelle Befunde und Daten zur Verfügung, die für die Mit- oder Weiterbehandlung von Mutter und Kind erforderlich sind. Mit dem Abschluss dieses Vertrages erklärt sich die Leistungsempfängerin mit der Verwendung ihrer Daten zu diesen Zwecken einverstanden. Der Weitergabe aller medizinischen Befunde und Daten an eine zuvor benannte vertretende Hebamme stimmt sie ausdrücklich zu.

## **8. Änderungen und Nebenabreden**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Mit dem Inhalt der Vereinbarung und den allgemeinen Vertragsbedingungen bin ich einverstanden. Von dem Vertrag habe ich eine Kopie erhalten. Änderungen und Nebenabreden bedürfen der Schriftform.

## **9. Salvatorische Klausel**

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.

Wir erklären uns mit den getroffenen Regelungen einverstanden und vereinbaren diese hiermit verbindlich.

Ort, Datum Unterschrift der Leistungsempfängerin: \_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Hebamme : \_\_\_\_\_

Eine Kopie des Behandlungsvertrages und der allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Hebamme wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum Unterschrift der Leistungsempfängerin \_\_\_\_\_

