

# Behandlungsvertrag



## Behandlungsvertrag zwischen:

Celine Schneider | Hebamme Telefon: 0160 96222036 | 97836 Oberndorf

und

Frau: \_\_\_\_\_

Dieser Behandlungsvertrag gibt Ihnen wichtige Informationen zu den Rahmenbedingungen für eine gute und reibungslose Zusammenarbeit.

## Leistungen

Ihnen steht bereits während der Schwangerschaft und nach der Geburt Hebammenhilfe zu. Diese Leistungen sind Krankenkassenleistungen und erfolgen auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V. Sie werden von mir direkt mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet. Sie stimmen der dazu erforderlichen Datenverarbeitung zu und bestätigen, dass Ihnen hierzu eine gesonderte Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt wurde.

Im Rahmen der Leistungsabrechnung werden die erforderlichen Daten an die Abrechnungsstelle Ihrer Krankenkasse übermittelt. Sie quittieren mir meine erbrachten Leistungen auf der dafür vorgesehenen Versichertenbestätigung.

Über den Umfang der erstattungsfähigen Leistungen werde ich Sie zu Beginn unserer Zusammenarbeit informieren.

Als Privatpatientin erfolgt die Abrechnung meiner Leistungen über unseren Abrechnungspartner auf Grundlage Ihrer gesonderten Einwilligung unmittelbar mit Ihnen.

## Leistungen in der Schwangerschaft

In Ihrer Schwangerschaft können Sie folgende Leistung von mir erhalten, welche von Ihrer Krankenkasse übernommen werden:

- Basisdatenerhebung und Individuelles Vorgespräch
- Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden und bei Wehen

## Leistungen im Wochenbett

Während der Wochenbettzeit übernehmen die Krankenkassen folgende Hebammenleistungen:

Pro Tag, bei Bedarf zwei Hausbesuch(e) in den ersten **10 Tagen nach der Geburt**. Anschließend stehen Ihnen weitere **16 Kontakte** (inkl. telefonischer Beratungen) innerhalb der ersten 12 Wochen

und weitere **8 Kontakte** bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsfragen bis zum Ende der Stillzeit, zu.

Aus Kapazitätsgründen der Hebammenversorgung in MSP kann ich Ihnen allerdings eine Unterstützung nur bis zum 9. Lebensmonat Ihres Kindes anbieten.

**Bitte informieren Sie mich möglichst per SMS oder e- mail nach der Geburt Ihres Kindes**, damit ich die Hausbesuche einplanen und Sie bei Bedarf noch am Entlassungstag besuchen kann.

Melden Sie sich dann **bitte ein weiteres Mal**, sobald Sie wissen, wann Sie nach Hause gehen, damit wir die Uhrzeit für den ersten Besuch absprechen können.

Sollte ich von Ihnen erst nach Tagen erfahren, dass Sie zu Hause sind, kann ich keine freien Kapazitäten garantieren.

Aufgrund der unterschiedlichen Anfahrtswege, unterschiedlicher Dauer der einzelnen Hausbesuche und eventueller Notfälle, kann die ausgemachte Uhrzeit um **45 min (+ oder-)** der vereinbarten Zeit variieren. Bei größerer Zeitabweichung melde ich mich telefonisch.

Sollte ich Sie während dieser vereinbarten Zeit nicht zu Hause antreffen, werde ich Ihnen diesen Aufwand mit **35 Euro privat in Rechnung** stellen. Ein Hausbesuch dauert in der Regel ca 20 – 30 Minuten.

# Behandlungsvertrag



## **Wegegeld / Überschreitung der vorgesehenen Kontingente**

Die Gebührenordnung sieht die Vergütung von maximal 25 gefahrenen Kilometern von meinem Wohnsitz/Praxis zu Ihrem Haus vor. Sollte diese Entfernung überschritten werden, müssten die mehrgefahrenen Kilometer von Ihnen selbst getragen werden (0,81 Euro/km). Falls Sie mir eine Kostenübernahmescheinigung ihrer Krankenkasse für den Mehraufwand vorlegen können, rechne ich diesen gerne mit Ihrer Kasse ab. In diesem Fall entfällt Ihre Kostenbeteiligung.

Falls Sie mehr Besuche wünschen, als abrechenbare Leistungen mit Ihrer Kasse vorgesehen sind, können Sie diese in Anspruch nehmen, jedoch müssten die Kosten hierfür von Ihnen übernommen werden.

Bitte sprechen Sie mich hierzu gern an.

## **Vertretung**

Im Falle meiner Verhinderung (Fortbildung, Krankheit oder Urlaub) wird mich eine Kollegin, die ich Ihnen rechtzeitig nenne, vertreten.

Gibt es in einem bestimmten Zeitraum keine Vertretungskollegin (abgesprochen mit Ihnen), bitte ich Sie den betreuenden Kinderarzt oder Gynäkolog:in aufzusuchen.

## **Erreichbarkeit**

Unter oben genannter Telefonnummer bin ich in der Regel Montag – Freitag zwischen 9- 18 Uhr erreichbar. Dadurch das ich neben der Freiberuflichkeit noch im Schichtdienst im Kreißaal arbeite kann ich nicht immer zu dieser Zeit eine Erreichbarkeit gewährleisten. Sollte ich nicht persönlich zu sprechen sein, besteht die Möglichkeit, mir eine Nachricht zu hinterlassen oder eine SMS zu senden. Ich werde mich bei **dringenden Anfragen** so schnell wie möglich bei Ihnen melden.

Bitte hinterlassen Sie immer eine Nachricht mit Ihrer Anfrage. Nachrichten per Kommunikations-App & sozialen Netzwerken können nicht beantwortet werden.

Außerhalb meiner telefonischen Erreichbarkeit und den Öffnungszeiten Ihres Gynäkologen | Kinderarztes wenden Sie sich bitte an Ihre Geburtsklinik.

## **Terminverlegung**

In seltenen Fällen kommt es berufsbedingt zu kurzfristiger Absage eines Termins. In diesem Fall werde ich Ihnen so schnell wie möglich einen Ersatztermin anbieten.

## **Haftung**

Ich hafte im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen im Bereich der Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett sowie bei Stillproblemen und Ernährungsproblemen des Säuglings. Für die Tätigkeit im Rahmen dieses Vertrages besteht eine Berufshaftpflichtversicherung mit angemessener Deckungssumme.

Soweit während der Schwangerschaft oder im Wochenbett Probleme auftreten, die einer ärztlichen Behandlung bedürfen, werde ich Sie in ärztliche bzw. klinische Behandlung weiterleiten.

In diesem Fall entsteht zu dieser/diesem ein selbständiges Vertragsverhältnis. Ich hafte nicht für die ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen.

## **Datenschutz & Schweigepflicht**

Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten von Ihnen sowie der in die Betreuung involvierten (ungeborenen/geborenen) Kinder entnehmen Sie bitte meiner Homepage.

Ich und alle Kolleginnen, die mich im Falle meiner Verhinderung vertreten, unterliegen der Schweigepflicht und sind zur Beachtung der Bestimmungen des Datenschutzes verpflichtet. Im Falle der Hinzuziehung eines Arztes/einer Klinikeinweisung, sowie in Zeiten von Vertretungen an die vertretende Hebamme, stelle ich Befunde und Daten zur Verfügung, die für die Mit- oder Weiterbehandlung von Ihnen erforderlich sind.

Mit dem Abschluss dieses Vertrages erklären Sie sich mit der Verwendung ihrer Daten zu diesen Zwecken einverstanden.

Es beinhaltet auch die Weitergabe Ihrer Daten an die Abrechnungsfirma AZH.

# Behandlungsvertrag



## Kosten

Folgende Kosten werden von Ihrer Krankenkasse ggfs. nicht übernommen und müssen daher **von Ihnen selbst getragen werden**:

- wenn keine gültige Mitgliedschaft mit der angegebenen Krankenkasse besteht
- wenn Leistungen bei mehreren Hebammen in Anspruch genommen werden und das erstattungsfähige Kontingent hierfür überschritten wird
- verwendete Hilfsmittel insbesondere für die Still- und Wochenbettzeit
- andere private Wahlleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von Ihnen ausdrücklich erwünscht werden. Diese werden Ihnen privat in Rechnung gestellt.

Hiermit melde ich mich zur Betreuung in der **Schwangerschaft | zur Wochenbettbetreuung** an und versichere Mitglied der von mir angegebenen Krankenkasse zu sein.

**Sollte sich die Krankenkassenzugehörigkeit verändern, teile ich dieses Ihnen unverzüglich mit.**

Ihre Anmeldung ist **verbindlich**. Sollten Sie meine Betreuung doch nicht in Anspruch nehmen, teilen Sie mir dieses bitte **umgehend** mit.

Ich habe den Behandlungsvertrag gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten

Unterschrift Hebamme