Bescheinigung zur Vorlage beim Arzt
über die Übernahme der Kosten der Kontrolluntersuchung nach operativem Abbruch der Schwangerschaft nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen

Bei Frau

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum

_____
Straße

_____
Wohnort (Erstwohnsitz)

wurde am ____/____/_____ ein operativer Abbruch der Schwangerschaft nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen vorgenommen.

Die Kosten der Kontrolluntersuchung zwischen dem 7. und dem 14. Tag nach dem Abbruch können mit der EBM-Ziffer 01912 oder pauschal mit 21 Euro abgerechnet werden.
Die Rechnungsstellung für Nachuntersuchungen soll mindestens 1x pro Quartal erfolgen.

Für die am _____ vorgenommene **Kontrolluntersuchung** bitte ich um Kostenerstattung in Höhe

☐ der Pauschale (21 EUR) oder ab 01/2015 ☐ analog Preis laut EBM 01912

Bitte Re.-Nr. _____ angeben zur Anonymisierung der Überweisung!
(aus Datenschutzgründen ohne Patientendaten!)

Bankverbindung

Kontoinhaber: _____

Name der Bank: _____

Verwendungszweck

IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ Datum

_____ Stempel der Arztpraxis

_____ Unterschrift Leistungserbringer

Bitte Rechnung an

(Anschrift der Krankenkasse)