Bescheinigung zur Vorlage beim Arzt

über die Übernahme der Kosten der Kontrolluntersuchung nach operativem Abbruch der Schwangerschaft nach Abschnitt 5 Schwangerschaftskonfliktgesetz des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG)

Bei Frau

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum

_____
Straße

_____
Wohnort (Erstwohnsitz)

wurde am ____/____/_____ ein operativer Abbruch der Schwangerschaft nach Abschnitt 5 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) vorgenommen.

Die Kosten der Kontrolluntersuchung zwischen dem 7. und dem 14. Tag nach dem Abbruch können mit der EBM-Ziffer 01912 oder pauschal mit 21,00 Euro abgerechnet werden.
Die Rechnungsstellung für Nachuntersuchungen soll mindestens 1x pro Quartal erfolgen.

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

☐ ab 01/2018 der Pauschale (21,00 EUR) oder analog 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)