

## Anlage 4.2 Abfrageformular zum Vertrag nach § 134a SGB V

### Abfrageformular für die Vertragspartnerliste „Hebammen“

Freiberuflich tätige Hebammen dürfen ihre Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, wenn sie dieses Abfrageformular bei Neu-, Wiederaufnahme und Änderungen zur Vertragspartnerschaft nach § 134a SGB V vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt und unterzeichnet versendet haben.

Sofern Hebammen in einem der vertragschließenden Berufsverbände Mitglied sind, ist dieses Abfrageformular an den jeweiligen Berufsverband zu senden:

- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Gartenstr. 26, 76133 Karlsruhe oder
- Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Kasseler Str. 1 a, 60486 Frankfurt

Sofern Hebammen **nicht** in einem vertragschließenden Berufsverband Mitglied sind, ist zusätzlich verpflichtend das Beitrittsformular (Anlage 4.1) an den GKV-Spitzenverband zu senden:

- GKV-Spitzenverband, Abteilung Ambulante Versorgung, Bereich Hebammen, Reinhardtstr. 28, 10117 Berlin

**Ich bin Mitglied im vertragschließenden Berufsverband:** (nur ein Kreuz möglich, die Meldung für die Vertragspartnerliste (VPL) erfolgt über den angekreuzten Verband)

Mitglied im DHV:     (Versand des Formulars an DHV)  
Mitglied im BfHD:     (Versand des Formulars an BfHD)

**Ich bin kein Mitglied** in einem der beiden vertragschließenden Berufsverbände (die Meldung zur VPL muss direkt beim GKV-Spitzenverband erfolgen):

(Versand des Formulars an GKV-Spitzenverband)

**Hinweis:** Zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Hebammen ist der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Ihre Angaben zu Name, Vorname, Telefonnummer, Art der Tätigkeit und - soweit vorhanden - Hebammen-E-Mailadresse im Internet zu veröffentlichen.

#### Kontaktdaten (bitte gut lesbar ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße u. Hausnr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ (soweit vorhanden)

Persönliches IK der Hebamme (in der Regel **eine** Angabe)

**4 5** \_ \_ \_ \_ \_      **4 5** \_ \_ \_ \_ \_      **4 5** \_ \_ \_ \_ \_      **4 5** \_ \_ \_ \_ \_

**Anlage 4.2 Abfrageformular**  
zum Vertrag nach § 134a SGB V

**Art der Tätigkeit**

Schwangerenbetreuung       Wochenbettbetreuung       Kurse   
Geburten im häuslichen Umfeld       Beleggeburten       Geburt in HgE/Praxis

**Ggf. zusätzliche Angaben zu Institutionen:** (NUR falls Rechnungen über Hebammeninstitution, z.B. HgE, Hebammenpraxis, Beleghebammenteam gestellt werden)

IK der Hebammeninstitution (in der Regel **eine** Angabe)<sup>1</sup>

**4 5** \_ \_ \_ \_ \_      **4 5** \_ \_ \_ \_ \_      **4 5** \_ \_ \_ \_ \_      **4 5** \_ \_ \_ \_ \_

**Name**

Straße u. Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Mit nachfolgender Unterschrift bescheinige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.

Ich versichere, dass ich alle Änderungen betreffend der obigen Daten unverzüglich per Brief, Fax oder E-Mail an den Verband sende, an den ich das Abfrageformular gesendet habe.

Bei Änderungsmeldungen, die die Art der Leistungserbringung (mit oder ohne Geburtshilfe) betreffen, füge ich den Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung bei.

Meine Angaben werden in die Vertragspartnerliste „Hebammen“ eingepflegt und den Krankenkassen vom GKV-Spitzenverband monatlich aktualisiert zur Verfügung gestellt.

Meine Angaben zu Name, Vorname, Telefonnummer, Art der Tätigkeit und soweit vorhanden E-Mailadresse werden im Internet zur Hebammsuche veröffentlicht.

Mir ist bekannt, dass fehlerhafte, unvollständige und nicht unverzügliche Angaben/Nachweise/Änderungen nicht zum Eintrag in die VPL bzw. zur Streichung von der VPL führen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Hebamme

<sup>1</sup> **nicht** IK des Belegkrankenhauses, Abrechnungszentrums o.ä.