

## Anlage 0.2 zum Vertrag nach § 134a SGB V – **Widerrufsformular**

<input type="checkbox"/> <b>Widerruf</b>	<input type="checkbox"/> <b>Unterbrechung</b> <small>(ab drei Monaten bis maximal zwölf Monate)</small>	
Letzter Tag der Tätigkeit ____ . ____ . <b>20</b> ____	Beginn der Unterbrechung ____ . ____ . <b>20</b> ____	Ende der Unterbrechung (falls bekannt) ____ . ____ . <b>20</b> ____

### Angaben zum zuständigen Verband

Der Widerruf bzw. die Unterbrechung des Beitritts zum Hebammenhilfe-Vertrag erfolgt ausschließlich gegenüber dem Verband, über den Sie ursprünglich beigetreten sind. Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD) und der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) übermitteln den Widerruf bzw. die Unterbrechung für die Vertragspartnerliste Hebammen automatisch an den GKV-Spitzenverband, der diese gesammelt an die Krankenkassen für die Abrechnung weitergibt.

Ich bin dem Hebammenhilfe-Vertrag über den **BfHD** beigetreten und sende dieses Formular per:

E-Mail: [geschaeftsstelle@bfhd.de](mailto:geschaeftsstelle@bfhd.de)  
 Fax: 069-79534972

Post per Einwurfeinschreiben:  
 Bund freiberuflicher Hebammen  
 Deutschlands  
 Kasseler Str. 1a  
 60486 Frankfurt

Ich bin dem Hebammenhilfe-Vertrag über den **DHV** beigetreten und sende dieses Formular per:

E-Mail mit Betreff „VPL“:  
[mitgliederbetreuung@hebammenverband.de](mailto:mitgliederbetreuung@hebammenverband.de)

Post per Einwurfeinschreiben:  
 Deutscher Hebammenverband  
 Gartenstr. 26  
 76133 Karlsruhe

Ich bin dem Hebammenhilfe-Vertrag über den **GKV-Spitzenverband** beigetreten und sende dieses Formular per:

E-Mail ausschließlich im PDF-Format:  
[hebammen@gkv-spitzenverband.de](mailto:hebammen@gkv-spitzenverband.de)

Post:  
 GKV-Spitzenverband  
 Abteilung Ambulante Versorgung  
 Bereich Hebammen  
 Reinhardtstraße 28  
 10117 Berlin

### Angaben zur Person

Nachname	Vorname
Geburtsdatum ____ . ____ . ____	Institutionskennzeichen <span style="font-size: 2em; font-weight: bold;">45</span> ____

### Erklärung

Hiermit widerrufe bzw. unterbreche ich meinen Beitritt zum Hebammenhilfe-Vertrag zum angegebenen Datum. Leistungen, die ich nach dem Widerruf bzw. während der Unterbrechung erbringe, können nicht mehr mit den Gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Sollte ich erneut Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen wollen, erkläre ich vor der Leistungserbringung meinen erneuten Beitritt bzw. (falls noch nicht angegeben) das Ende der Unterbrechung meines Beitritts zum Hebammenhilfe-Vertrag. Ein rückwirkender erneuter Beitritt bzw. die rückwirkende Beendigung der Unterbrechung ist ausgeschlossen.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------