

# VON DER SCHWANGEREN/MUTTER AUSZUFÜLLEN

## Persönliche Angaben

### Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X):

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie rechtmäßig zu erfüllen. Grundlage hierfür ist § 284 SGB V. Freiwillige Angaben können Sie jederzeit widerrufen.



Name, Vorname\* \* Bitte in Druckschrift schreiben

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon (freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
E-Mail (freiwillige Angabe)

Versichertennummer Geburts-tag

● ●

Bitte geben Sie hier das Konto an, auf das der Erstattungsbetrag überwiesen werden soll.

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

IBAN

● ●

BIC

● ●

(nur bei Auslandskonto)

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Schwangeren/Mutter

## I. Arzneimittel auf Grund der Schwangerschaft

\_\_\_\_\_  
Verordnung vom EUR

\_\_\_\_\_  
Verordnung vom EUR

\_\_\_\_\_  
Verordnung vom EUR

Bitte fügen Sie die Rechnung der Apotheke und das Privatrezept bei.

## II. Ärztliche Zusatzleistungen im Rahmen der Schwangerschaft

Toxoplasmosetest EUR

Zytomegalie-Test (auch CMV-Antikörpertest) EUR

B-Streptokokken-Test EUR

Großer oraler Glukosetoleranztest (auch oGTT 75-g) EUR

Serologische Untersuchungen auf Infektionen z.B. HIV EUR

Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln und Windpocken für Schwangere EUR

Zur Erstattung ist die Rechnung des Arztes einzureichen.

**Hinweis:**  
**Bitte lesen Sie die näheren Erläuterungen zum jeweiligen Leistungsanspruch auf Seite 5**

## III. Geburtsvorbereitungskurs des Partners

Die Abgeltung erfolgt nach Vorlage der Teilnahmebestätigung und der Hebammenrechnung (mit Namen des Partners und Kursdatum/Zeitraum). EUR

## IV. Digitale Angebote zur Geburtsvorbereitung und Nachsorge

Die Abgeltung erfolgt nach Vorlage der Teilnahmebestätigung und der Hebammenrechnung. EUR

## Angaben zum Geburtstermin

Voraussichtlicher Entbindungstag: \_\_\_\_\_

Falls bereits entbunden, tatsächlicher Entbindungstag: \_\_\_\_\_

**Nur von der BKK auszufüllen** Erstattungsbetrag

● ●

Leistungszeitraum von bis

● ●

● ●

Eingangsstempel