

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mit dem Inhalt des Behandlungsvertrages (*Behandlungsvertrag über Hebammenhilfe, Partnerinnen, HG Zauberhaft, Revision 03, Stand 06.09.2024*) zwischen mir und der „Hebammengemeinschaft Zauberhaft“ bin ich einverstanden. Die Datenschutzbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen. Von beiden Dokumenten habe ich eine Kopie erhalten. Änderungen dieser Vereinbarungen und Nebenabreden bedürfen der Schriftform.

Daten laut Gesundheitskarte (zur Abrechnung mit der Krankenkasse)

Kassenname _____	Name Versicherten _____
Ik Nr 10 _____	Geb. Datum _____
Vers.Nr. _____	Anschrift _____

	Telefon _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____



Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mit dem Inhalt des Behandlungsvertrages (*Behandlungsvertrag über Hebammenhilfe, Kooperationspartnerin, Revision 03, Stand 06.09.2024*) bin ich einverstanden und erkenne diesen für die im Folgenden genannten Kooperationspartnerinnen der Hebammengemeinschaft Zauberhaft an:

Caroline Theobald, Nicole Schulz, Eva Hartmann,

Kaitlin Müller, Rosa Maria Filice, Luisa Henn , Marie Backes – Schneider, Eva Fischer, Laura Bettinger

Die Datenschutzbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen. Von beiden Dokumenten erhalte ich eine Kopie . Änderungen dieser Vereinbarungen und Nebenabreden bedürfen der Schriftform.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____