



Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mit dem Inhalt des Behandlungsvertrages (*Behandlungsvertrag über Hebammenhilfe, Kooperationspartnerin, Revision 01, Stand 01.03.2019*) bin ich einverstanden und erkenne diesen für die im Folgenden genannten Kooperationspartnerinnen der Hebammengemeinschaft Zauberhaft an:

Caroline Theobald, Nicole Schulz, Eva Hartmann,

Kaitlin Saylor, Rosa Maria Filice, Luisa Henn, Marie Backes – Schneider, Eva Fischer

Die Datenschutzbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Von beiden Dokumenten erhalte ich eine Kopie. Änderungen dieser Vereinbarungen und Nebenabreden bedürfen der Schriftform.

**Daten laut Gesundheitskarte (zur Abrechnung mit der Krankenkasse)**

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

IK Nummer der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Name Versicherten \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

WND, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_