

## Krankenhaus

Krankenkasse XY  
ANSCHRIFT

### Bescheinigung

**über die Übernahme der Kosten für einen Abbruch der Schwangerschaft  
nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten**

#### Angaben zur Person

<Name>, <Vorname>, <Geburtsdatum>

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

<Straße>

\_\_\_\_\_  
Straße

<PLZ> <Ort>

\_\_\_\_\_  
Wohnort

Gesetzlich krankenversichert

nein  ja, bei

\_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Krankenkasse

**Identifikationsnummer:** \_\_\_\_\_

#### Wichtig

Nach § 21 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten haben Ärzte und Einrichtungen bei Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen dieses Gesetzes einen Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch zu zahlen hat, d. h. die Ärzte/Einrichtungen können ihre Leistungen nur nach den Gebührensätzen des EBM abrechnen.

**Die Berechtigten können daher auch nur unter den Ärzten und Einrichtungen frei wählen, die sich zur Vornahme des Eingriffs zu den vorgenannten Bedingungen bereit erklären. Wird ein anderer Arzt/eine andere Einrichtung in Anspruch genommen, erfolgt weder eine Kostenübernahme noch eine Kostenerstattung.**

Ausstellungsdatum

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es wird hiermit bestätigt, dass bei Frau

<Name>, <Vorname>, <Geburtsdatum>

Name, Vorname, Geburtsdatum

der Abbruch der Schwangerschaft in einer Einrichtung nach § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1, 2 oder 3 StGB vorgenommen worden ist.

- Die Kosten werden über die zuständige KV-Abrechnungsstelle abgerechnet.
- Ich/Wir bitten um Erstattung folgender Kosten:
  - Ambulanter Schwangerschaftsabbruch  Ambulantes Operieren im Krankenhaus
  - Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

Tag	Symbolnummer der Anlage 1	Vergütung
insgesamt EUR		

- Vollstationärer Schwangerschaftsabbruch  
 Tag \_\_\_\_\_ DRG-Fallpauschale ..... \_\_\_\_\_ EUR  
 (DRG O40Z oder O63Z)
- Teilstationärer Schwangerschaftsabbruch  
 Tag \_\_\_\_\_ vereinbartes Entgelt ..... \_\_\_\_\_ EUR  
 (teilstationärer Schwangerschaftsabbruch)
- Belegärztlich stationärer Schwangerschaftsabbruch  
 Tag \_\_\_\_\_ Belegarztkosten ..... \_\_\_\_\_ EUR

Bankverbindung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_

Anschrift des Arztes/der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift