

Arzt

Krankenkasse XY
ANSCHRIFT

Bescheinigung

über die Übernahme der Kosten für die
Kontrolluntersuchung nach einem 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: _____

Symbolnummer : 99237

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.

Ausstellungsdatum

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Es wird hiermit bestätigt, dass bei Frau

<Name>, <Vorname>, <Geburtsdatum>
Name, Vorname, Geburtsdatum

die Kontrolluntersuchung nach einem Abbruch der Schwangerschaft nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten vorgenommen worden ist.

- Die Kosten werden über die zuständige KV-Abrechnungsstelle abgerechnet.

Tag	Symbolnummer der Anlage 1	Vergütung
	99237	

Ausstellungsdatum

Anschrift des Arztes

Unterschrift