

Name der Arztpraxis/Einrichtung

Niedersächsisches Landesamt für
Soziales, Jugend und Familie -
- Team 3 SL 1 -
Förderprojekte und sonstige soziale Aufgaben
Domhof 1
31134 Hildesheim

LANR:

BSNR:

Kennziffer der
Patientin

(siehe Kostenübernahmebescheinigung der Krankenkasse)

Datum d. Abbruchs

Datum Kontrolluntersuchung

Hiermit wird bestätigt, dass bei der o.a. Patientin (Identität wurde anhand der Kostenübernahmebescheinigung Teil 1 überprüft) 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. Es wird um Erstattung folgender Kosten auf das nachstehende Konto gebeten:

Bankverbindung	
IBAN	
Rechnungsnummer	

Die Kostenübernahmebescheinigung der Krankenkasse Teil 2 ist beigelegt

Stationärer Schwangerschaftsabbruch
Kostenanteil des Landes an der DRG - Fallpauschale

Ambulanter Schwangerschaftsabbruch
in der Arztpraxis / im Krankenhaus

(bitte Zutreffendes angeben)

Anzahl	EBM	Kurzbeschreibung	Punkte	Anzahl x Punkte	Anzahl	EBM	Kurzbeschreibung	Euro	Anzahl x Euro
	01901	Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs	95		zuzüglich			---	---
	01903	Präanästhesiolog. Untersuchung	144			32030	Orientierende Untersuchung	0,50	
	01904	Op. Durchführung eines Abbruchs	964			32037	Thrombozytenzählung	0,25	
	01910	Beobachtung und Betr. n. Durchf. eines Schwangerschaftsabbruchs	443			32038	Hämoglobin	0,25	
	01912	Kontrolluntersuchung n. Abbruch zwischen dem 7. - 14. Tag	183			32039	Hämatokrit	0,25	
	01913	Narkose	1640			32081	Kalium	0,25	
	01436	Konsultationspauschale	18			32112	PTT	0,60	
	05211	Grundpauschale Anästhesie	90			32113	TPZ aus Plasma	0,60	
						32114	TPZ aus Kapillarblut	0,75	
	05230	Aufsuchen e. Kranken i.d. Praxis e. anderen Arztes nur Anästhesist	53			32120	Best. TZ und weitere Parameter (nicht neben 32037-32039, 32125)	0,50	
	08211	Grundpauschale Gynäkologie	147			32125	Best. sechs Parameter (nicht neben 32037-32039, 32081, 32120)	1,45	
	31800	Regionalanästhesie d. Operateur	385				Mifepriston (Mifegyne), 1 x 200 mg	39,67	
							Summe	----	
							Sachkostenpauschale ambulantes Operieren im Krankenhaus		
Gesamtpunkte			---		Gesamtsumme			----	
Gesamtpunkte x Punktwert ¹ =			Euro		entnommener Sprechstundenbedarf ²			----	

Ausstellungsdatum/Unterschrift

Abrechnungsbogen ambulante/stationäre Schwangerschaftsabbrüche - Kostenübernahme durch das Land Niedersachsen - 05/2020

¹ Punktwert, (wird jährlich bekannt gegeben).

² Diese Kosten sind für die Leistungserbringer nicht zusätzlich berechnungsfähig, sondern werden den Krankenkassen vom Land gesondert erstattet