

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

- Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch
 in der Arztpraxis im Krankenhaus

(bitte die Anzahl der erbrachten Leistungen eintragen)

Anzahl	EBM	Kurzbeschreibung	Punkte	Anzahl x Punkte
	01906	Durchführung medikam. Abbruch	561	
	01910	Betreuung mehr als 2 Stunden	443	
	01911	Betreuung mehr als 4 Stunden	888	
	01912	Kontrolluntersuchung nach Abbruch zwischen dem 7.-14. Tag	183	
	01436	Konsultationspauschale	18	
	08211	Grundpauschale Gynäkologie	147	
Gesamtpunkte:				
Gesamtpunkte x Punktwert ¹ =			= Euro	
zuzüglich Euro			-----	
	32030	Orientierende Untersuchung	0,50	
	32120	Bestimmung Thrombozytenzahl und eines weiteren Parameters	0,50	
	40156	Mifepriston (Mifegyne); 1 Tbl. á 600 mg	89,25	
		od. bis zu 3 Tbl. á 200 mg (Dosier.=Anz.)		
		MisoOne		
Gesamtsumme				
				Ausstellungsdatum/Unterschrift

Abrechnungsbogen medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche
- Kostenübernahme durch das Land Niedersachsen -05/2020

¹ Punktwert; wird jährlich bekannt gegeben.