Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

CONVEMA

Vertragsteilnehmer
Vertragsärzte
Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH
Sankt-Gertrauden-Krankenhaus GmbH
beigetretene Krankenkassen

10001492

Abrechnungsbogen zur erweiterten Versorgung Schwangerer, Mütter und Neugeborener

Integrierte Verbundversorgung Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V

☐ **MODUL GYN A** - Einschreibung

Leistung erbracht am: ☐☐.☐☐.20☐☐ Betrag: **30,00 €**

- ☐ Aufklärung der Schwangeren über den Vertrag und seine Inhalte
- ☐ Motivation zur Teilnahme
- ☐ Hinweis auf die Hebammenberatungsleistung 020

☐ **MODUL GYN B** - Test auf Schwangerschaftsdiabetes

Leistung erbracht am: ☐☐.☐☐.20☐☐ Betrag: **30,00 €**

- ☐ Einkauf und Bereitstellung von Glukosetoleranz-Tests (oGTT)
- ☐ medizinische Beratung: Vorteile und Risiken des oGTT
- ☐ Durchführung des oGTT
- ☐ Beratung bei auffälligen Befunden

☐ **MODUL GYN C** - Toxoplasmose-Screening

Leistung erbracht am: ☐☐.☐☐.20☐☐ Betrag: **40,00 €**

- ☐ medizinische Beratung: Vorteile und Risiken des Toxoplasmose-Screenings
- ☐ Blutentnahme und Labortests
- ☐ Beratung und Therapie bei auffälligen Befunden

MODUL GYN D - B-Streptokokkentest in der 36. SSW

Leistung erbracht am: ☐☐.☐☐.20☐☐ Betrag: **30,00 €**

- ☐ medizinische Beratung: Vorteile und Risiken des Streptokokkentests
- ☐ Entnahme Scheiden- oder Gebärmutterhals-Abstrich und Labortest
  nur mikrobiologisches Labor, kein Schnelltest!
- ☐ Beratung und Therapie bei auffälligen Befunden

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag auf folgendes Konto:

IBAN: _____ **BIC:** _____ ggf. abweichender Kontoinhaber: _____

KTO: _____ **BLZ:** _____

Ich bevollmächtige die CONVEMA GmbH die vertraglich vereinbarten Vergütungen festzustellen und die festgestellten Beträge in meinem Namen und auf meine Rechnung gegenüber der zuständigen Krankenkasse nach Abschluss der Integrierten Versorgung abzurechnen.

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Datum _____

Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____

AB - Stand: April 2019 - Änderungen vorbehalten.

CONVEMA GmbH - Servicestelle für Vertragspartner
T 030 259 38 61-400 / F 030 259 38 61-499 / M servicestelle@convema.com