



Brigitte Winter. Hebamme
Bahnhofstraße 95, 2. Stock
8990 Bad Aussee
hebamme@brigitte-winter.at
www.brigitte-winter.at
Tel. 0664/125 42 08

Betreuungsvertrag

Mit Frau _____

Vers.Nr. _____

Krankenkasse _____

Adresse _____

PLZ-Ort _____

A. Allgemein

Der Hebammenberuf umfasst die Betreuung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge (Hebammengesetz §2 (1)). Bei Verdacht oder Auftreten von für die Frau oder das Kind regelwidriger oder gefahrendrohender Zustände während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts werde ich Sie zu einem Arzt oder an eine Gesundheitseinrichtung (z.B. Krankenhaus, soziale Einrichtung) überweisen (§4 Abs. 1 Hebammengesetz).

Bei Unterlassung einer Konsultation Ihrerseits, übernehme ich für Folgeschäden keine Verantwortung. Im Rahmen der Hebammenbetreuung besteht die Kontaktaufnahme von 9:00 -19:00 Uhr per Anruf bzw. SMS oder eine Nachricht auf Signal (kein WhatsApp). Sollten Sie mich nicht erreichen, wenden Sie sich bei akuten Beschwerden selbständig an den nächsten Arzt oder das nächste Krankenhaus.

Folgende Betreuung möchte ich in Anspruch nehmen:

- ☐ Begleitung im Wochenbett
- ☐ Ambulante Geburt (Entlassung innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt)
- ☐ Andere: _____

Über die zusätzlichen Leistungen von der Krankenkasse hinaus, biete ich auch ganzheitliche Begleitung & Behandlungsformen an, wie z.B. Tiefenkinesiologie, Seelenreisen oder Geburtssimulation beim Säugling, die privat honoriert werden müssen.

B. Leistungen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

Meine Leistungen als Hebamme verrechne ich direkt mit der zuständigen Krankenkasse bei bestehendem Vertrag.

Folgende Hebammenleistungen werden von den Krankenkassen bezahlt:

1. Ambulante Geburt

Zwei Termine in der Schwangerschaft und täglich ein Hausbesuch vom 1. bis zum 5. Tag nach der Geburt, bei Bedarf bis zu sieben weitere Hausbesuche bis zum Ende der 8. Woche nach der Geburt.

2. Betreuung im Wochenbett unabhängig vom Entlassungstag und Geburtsmodus

Täglich 1 Hausbesuch ab dem Tag nach der Entlassung bis zum 5. Tag nach der Geburt, danach bei Bedarf bis zu sieben weitere Hausbesuche bis zum Ende der 8. Woche nach der Geburt.



C. Leistungen und Tarife

Leistung	Tarife der Krankenkasse	Strukturpauschale
Hausbesuch in der Schwangerschaft bei ambulanter Geburt	€ 40,00	+ € 10,00
Hausbesuch im Wochenbett in den werten fünf Tagen und zwischen 6. Tag und 8. Woche nach der Geburt	€ 40,00	+ € 10,00
Ordination Wochenbett 1.-5.Tag und vom 6. Tag bis 8. Woche nach der Geburt	€ 28,50	+ € 10,00
Materialpauschale bei Nachsorge einmalig	€ 4,50	
Materialpauschale bei ambulanter Geburt einmalig	€ 9,00	
Sonn- und Feiertagszuschlag	€ 5,30	
Kilometergeld	€ 0,42/km	

Im Rahmen der freiberuflichen Berufsausübung als Hebamme verfüge ich über einen aufrechten Versicherungsschutz und komme meiner Aufklärungspflicht laut Hebammengesetz §9a nach.

E. Schweigepflicht/Datenschutzerklärung

Hebammen unterliegen der Verschwiegenheitspflicht (HebG §7 Abs. 1).

Hebammen sind gesetzlich dazu verpflichtet, im Rahmen ihrer Berufsausübung umfassend zu dokumentieren und diese Dokumentation, die auch in elektronischer Datenverarbeitung erfolgen kann, für mindestens zehn Jahre aufzubewahren (HebG §9 Abs. 2). Im Rahmen der Hebammenbetreuung werden Daten über Person, sozialen Status, sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben (z.B. Fotos über den Heilungsverlauf), gespeichert, verarbeitet und gegebenenfalls im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte übermittelt. Im Falle einer Klinikeinweisung oder zu einer Stillberaterin stellt die Hebamme der weiterbetreuenden Stelle Befunde und Daten zur Verfügung, die für die Mit- oder Weiterbehandlung von Mutter und Kind erforderlich sind. Die elektronische Kommunikation (per SMS, WhatsApp oder E-Mail) kann Sicherheitslücken aufweisen und bedarf Ihrer Einwilligung, da ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff Dritter nicht möglich ist.

F. Unterfertigung

Durch Unterfertigung dieses Betreuungsvertrages bestätige ich alle genannten Vereinbarungen.

Unterschrift Schwangere/Wöchnerin

Unterschrift Hebamme

Datum: