

Bescheinigung zur Vorlage beim Arzt

über die Übernahme der Kosten der Kontrolluntersuchung nach operativem Abbruch der Schwangerschaft nach Abschnitt 5 Schwangerschaftskonfliktgesetz des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG)

Bei Frau

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße

Wohnort (Erstwohnsitz)

wurde am ___/___/___ ein operativer Abbruch der Schwangerschaft nach Abschnitt 5 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) vorgenommen.

Für die am ___/___/___ vorgenommene **Kontrolluntersuchung** bitte ich um Kostenerstattung

- in Höhe der Pauschale (21,00 EUR) oder
- nach EBM 01912 – Kontrolluntersuchung nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch zwischen dem 7. und dem 21. Tag nach dem Abbruch

Bitte überweisen Sie denn Betrag an nachfolgende Bankverbindung unter Angabe einer Rechnungsnummer im Verwendungszweck (aus Datenschutzgründen **keine Patientendaten**) zur Anonymisierung der Überweisung.

Bankverbindung

Kontoinhaber:	
Name der Bank:	
Verwendungszweck:	
IBAN:	D E

_____ Datum

Stempel der Arztpraxis

_____ Unterschrift

Bitte Rechnung an

(Anschrift der Krankenkasse)