

## BETREUUNGSVERTRAG

Frau \_\_\_\_\_

Err.GebTermin: \_\_\_\_\_ VersNr: \_\_\_\_\_ GebDat: \_\_\_\_\_ KK \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mailadresse: \_\_\_\_\_

**A.** 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** (§ 2 Abs. 1 Hebammengesetz).

Bei Verdacht oder Auftreten von für die Frau oder das Kind regelwidrigen und gefahrdrohen den Zuständen während der Schwangerschaft und des Wochenbetts werde ich Sie zu einem **Arzt oder an eine Gesundheits-einrichtung (z.B. Krankenanstalt) überweisen** (§ 4 Abs. 1 Hebammengesetz).

**B.** Im Hinblick auf mein Vertragsverhältnis mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung rechne ich diese von der Krankenversicherung angebotenen Hebammenleistungen direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung ab.

**Folgende Hebammenleistungen werden von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt:**

**1. Bei ambulanter Geburt:**

2 Hausbesuche in der Schwangerschaft bzw. Sprechstunden in der Hebammenordination und täglich 1 Hausbesuch vom 1. bis zum 5. Tag nach der Geburt, bei Bedarf bis zu 7 weitere Hausbesuche bis zum Ende der 8. Woche nach der Geburt.

**2. Bei Entlassung aus der Krankenanstalt unabhängig vom Entlassungstag und vom Geburtsmodus:**

Täglich 1 Hausbesuch ab dem Tag nach der Entlassung bis zum 5. Tag nach der Geburt; danach bei Bedarf bis zu 7 weiteren Hausbesuchen bis zum Ende der 8. Woche nach der Geburt.

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie den Erhalt genannter Informationen durch mich, insbesondere auch über Ablauf und Ausmaß der mit Ihnen vereinbarten Hebammenbetreuung, die notwendigen Untersuchungen durch mich während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, mein Vorgehen bei Anzeichen von Regelwidrigkeiten bei der Mutter oder beim Kind und über die Kosten der Betreuung, Beratung und Pflege sowie den beruflichen Versicherungsschutz. Sie haben das Blatt vollständig gelesen, wurden aufgeklärt und sind mit allen Bedingungen einverstanden. Der Datenschutzerklärung sowie Storno- und Terminausfallsbedingungen haben Sie zugestimmt.

Die Unterfertigung des Betreuungsvertrages erfolgt persönlich in den Räumlichkeiten der Hebamme.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der werdenden Mutter

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift der Hebamme

Datum: \_\_\_\_\_

**C. Die aktuellen Tarife der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich für Hebammenleistungen sind unter [www.hebammen.at](http://www.hebammen.at) nachzulesen.**

Im Vertretungsfall (z.B. Krankheit, Abwesenheit durch Fortbildung) kann ich nicht immer eine Kollegin mit Kassenvertrag gewinnen. Ist die mich vertretende Kollegin eine Wahlhebamme (ohne Kassenvertrag), ist das Honorar für ihre Visiten/Hausbesuche direkt mit ihr abzurechnen. Die Honorarnote kann bei der Krankenkasse eingereicht werden und es werden 80% vom Kassentarif refundiert, bei MUKIP-Beratung zu 100%.

**D.** Aufgrund meiner Qualifikationen biete ich **Zusatzbehandlungen** an. Die Tarife entnehmen Sie dem aktuellen **Honorarblatt**. Diese von mir angebotenen bzw. erbrachten Leistungen werden nicht von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt. Diese Leistungen werden von mir daher gesondert und nach tatsächlichem Aufwand in Rechnung gestellt.

Ob Sie Kosten dieser gesondert erbrachten Leistungen allenfalls durch eine von Ihnen möglicherweise abgeschlossene private Krankenzusatzversicherung teilweise oder zur Gänze erstattet erhalten, ersuche ich Sie, mit dem jeweiligen Versicherungsunternehmen oder Ihrem Versicherungsberater/Versicherungsmakler zu klären.

Eine direkte Verrechnung dieser Leistungen mit einer privaten Krankenzusatzversicherung ist nicht möglich. Gemäß § 6 Abs. 1 Z 19 UStG 1994 enthalten die von mir verzeichneten Honorare und Kosten keine Umsatzsteuer.

**E.** Im Rahmen meiner freiberuflichen Berufsausübung als Hebamme verfüge ich über einen aufrechten Haftpflichtversicherungsschutz.

**F.** Sie bestätigen, dass Sie mich wie vereinbart bei Aufnahme zur Geburt, nach der Entbindung und über den Tag der geplanten Entlassung per SMS informieren werden.

**G.** Wenn Sie mich nicht erreichen können, wenden Sie sich im Fall von akuten Beschwerden selbstständig an den nächsten Arzt oder an das nächste Krankenhaus.

**H.** Terminverbindlichkeit: Termine, die nicht fristgerecht per SMS innerhalb von 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden kostenpflichtig mit EUR 60,00 pauschal privat verrechnet und sind nicht von den Kassen refundierbar.

**I.** Storno-Bedingungen: Bleiben die relevanten Informationen an die Hebamme aus oder wird die Vereinbarung nach der 36. SSW (36+0) oder innerhalb der ersten fünf Tage nach der Entbindung seitens der Klientin storniert, wird ein Ausfallshonorar von EUR 190,00 in Rechnung gestellt. Dies kann nicht bei der Krankenkasse eingereicht werden.

**J.** Sie bestätigen umseitig mit Ihrer Unterschrift, dass Sie vor der Durchführung von durch mich zu erbringenden Leistungen gemäß Punkt D des Betreuungsvertrages, welche über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, nachweislich schriftlich darüber aufgeklärt wurden, dass die Kosten für diese Leistungen von Ihnen zu tragen sind, eine Kostenerstattung durch Ihre gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen ist, und Sie der Privatzahlung vor der Leistungserbringung schriftlich zugestimmt haben.

**K. Datenschutzerklärung:** Hebammen sind gesetzlich dazu verpflichtet, im Rahmen Ihrer Berufsausübung umfassend zu dokumentieren und diese Dokumentation, die auch durch elektronische Datenverarbeitung erfolgen kann, für mindestens zehn Jahre aufzubewahren (§9 Abs. 2 HebG).

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

Im Rahmen der Hebammenbetreuung werden Daten über Person, sozialen Status, sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, gespeichert, verarbeitet und gegebenenfalls im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. gesetzlicher Krankenversicherungsträger) übermittelt.

Im Falle einer Klinikeinweisung stellt die Hebamme der weiterbetreuenden Stelle Befunde und Daten zur Verfügung, die für die Mit- oder Weiterbehandlung von Mutter und Kind erforderlich sind.

Im Rahmen bestimmter Behandlungen (bes. Laser-Therapie zur Wundheilung) werden Fotos der Wunde zur Dokumentation des Heilungsverlaufes gemacht und gespeichert. Sie dienen ausschließlich der Verlaufskontrolle, gegebenenfalls in anonymisierter Form zur Veranschaulichung der Behandlungseffekte bei speziellen Laser-Schulungen.

Mit dem Abschluss des Betreuungsvertrages und im Rahmen von Beratungsgesprächen (z.B. MUKIP-Beratung) stimmen Sie der Verwendung Ihrer Daten zu diesen Zwecken zu.