



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie können im Rahmen einer Schwangerschaft und Mutterschaft Extra-Leistungen in Anspruch nehmen, die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehen. Dies gilt auch für eine AOK Hessen versicherte Begleitperson. Die AOK Hessen beteiligt sich im Rahmen des Schwangerschaftspakets mit bis zu maximal 400 Euro für die Schwangere und 100 Euro für die Begleitperson, die bei uns versichert ist, pro Schwangerschaft. Für die Erstattung der Kosten ist bei einigen Leistungen eine Bestätigung zur Einhaltung der Leistungsvoraussetzungen erforderlich. Bitte zutreffendes ankreuzen und das Formular mit Ihren Rechnungen bei der AOK Hessen einreichen:

- Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen wurden im Rahmen von Vorsorgeterminen vorgenommen
- 3D-Ultraschall wurde in der 20 bis 22 Schwangerschaftswoche vorgenommen
- B-Streptokokken-Test wurde in der 35 bis 37 Schwangerschaftswoche vorgenommen
- Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln und Windpocken wurde vorgenommen, da Kontakt zu Kindern oder immunsupprimierten Patienten/Patientinnen besteht
- Zytomegalie-Test wurde vorgenommen, da Kontakt zu Kindern besteht
- Toxoplasmose-Test wurde vorgenommen, da Kontakt zu Tieren (insbesondere Katzen) oder anderen Gefahrenquellen besteht
- Tele-Hebammenberatung wurde beansprucht, da keine persönliche Versorgung durch eine Hebamme / einen Entbindungspfleger besteht
- Stillberatung wurde vor der Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes beansprucht und durch eine IBCLC zertifizierte Stillberaterin /einen IBCLC zertifizierten Stillberater vorgenommen
- Baby Erste-Hilfe-Kurs wurde vor der Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes beansprucht

Name*:

Vorname*:

Geburtsdatum*:

Krankenversicherungsnummer (sofern AOK Hessen versichert):

Bitte füllen Sie die mit * gekennzeichneten Pflichtfelder unbedingt aus.

Senden Sie uns bitte dieses Formular mit Ihren Rechnungen per E-Mail an Service@he.aok.de oder laden Sie es mit Ihren Rechnungen ganz einfach über das online Portal hessen.meine.aok.de hoch.

Von der AOK Hessen auszufüllen:

Vermerk: