



Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mit dem Inhalt des Behandlungsvertrages (*Behandlungsvertrag über Hebammenhilfe, Partnerinnen, HG Zauberhaft, Revision 03, Stand 01.06.2026*) zwischen mir und der „Hebammengemeinschaft Zauberhaft“ bin ich einverstanden. Die Datenschutzbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Von beiden Dokumenten habe ich eine Kopie erhalten. Änderungen dieser Vereinbarungen und Nebenabreden bedürfen der Schriftform.

Daten laut Gesundheitskarte (zur Abrechnung mit der Krankenkasse)

Name der Krankenkasse _____

Ik Nummer der Krankenkasse _____

Versichertennummer _____

Name Versicherten _____

Geb. Datum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____