

Zum Verbleib beim Arzt

Berechtigungsschein

auf Gewährung von Leistungen in besonderen Fällen aus Mitteln der Länder bei einem **operativ durchgeführten Schwangerschaftsabbruch**, für den kein Leistungsanspruch gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse besteht.

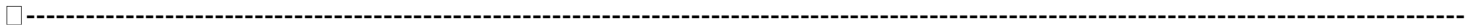
Operativer Schwangerschaftsabbruch - Blatt 1 a

Name der Patientin
Versicherungsnummer
Wohnsitz

Ausstellungsdatum/Unterschrift

von
Krankenkasse
auszufüllen

Stempel der ausgebenden Krankenkasse



Zur Vorlage bei der KV Thüringen

(Gilt nur für Thüringer Vertragsärzte; Ärzte außerhalb Thüringens (Fremdärzte) rechnen direkt mit der Krankenkasse ab, die den Berechtigungsschein ausgegeben hat.)

Abrechnungsschein (für operative Schwangerschaftsabbrüche)

auf Gewährung von Leistungen in besonderen Fällen aus Mitteln der Länder bei einem **operativ durchgeführten Schwangerschaftsabbruch**, für den kein Leistungsanspruch gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse besteht.

Name der Patientin
Versicherungsnummer
Wohnsitz

Ausstellungsdatum/Unterschrift
Stempel der ausgebenden Krankenkasse

von
Krankenkasse
auszufüllen

Schwangerschaftsabbruch (**ambulant**) Schwangerschaftsabbruch (**Belegarzt**)

Bitte jeweils erbrachte Leistung ankreuzen:

Bitte jeweils erbrachte Leistung ankreuzen:

Operateur:

- GOP **01436A** ggf. Konsultationspauschale
(nur auf Überweisung)
- GOP **01901A** Untersuchung
- GOP **01902A** ggf. Sonographie
(formlose Begründung ist beizufügen)
- GOP **01904A** Schwangerschaftsabbruch
- GOP **99272A** Cergem (bei Bedarf) oder
- GOP **99273A** Prostaglandin (für Gynäkologie)
(bei Bedarf)

Belegarzt:

- GOP **01436B** ggf. Konsultationspauschale
(nur auf Überweisung)
- GOP **01901B** Untersuchung
- GOP **01902B** ggf. Sonographie
(formlose Begründung ist beizufügen)
- GOP **01904B** Schwangerschaftsabbruch
- GOP **99272B** Cergem (bei Bedarf) oder
- GOP **99273B** Prostaglandin (für Gynäkologie)
(bei Bedarf)

Es wird hiermit bestätigt, dass der Abbruch der Schwangerschaft in einer Einrichtung nach § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1, 2 oder 3 des StGB vorgenommen worden ist.

Tag der Behandlung

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
--