

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 c

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) postoperative Leistungen

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)

Bitte erbrachte Leistung ankreuzen:

#### Nachsorge – Operateur oder Anästhesist:

GOP 01910A Nachsorge mehr als 2 h

### Schwangerschaftsabbruch (Belegarzt)

Bitte erbrachte Leistung ankreuzen:

#### Nachsorge – Belegarzt oder Anästhesist:

GOP 01910B Nachsorge mehr als 2 h

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
------------------------------------------------