

**Praxisdaten**

BSNR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

# Patientenerklärung

## Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

**Patientendaten**

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

Ich habe im aktuellen Kalendervierteljahr \_\_\_\_\_ (Angabe des Quartals) noch keine Leistung der Mutterschaftsvorsorge, außer in der oben genannten Praxis in Anspruch genommen.

Mir ist bekannt, dass Leistungen der regelmäßigen Mutterschaftsbetreuung innerhalb eines Kalendervierteljahres von meiner Krankenkasse pauschal nur einer Praxis vergütet werden.

Ich wähle daher allein die oben genannte Praxis zur Durchführung dieser Leistungen.

Im Falle der Konsultation anderer Ärzte im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung, werde ich auf diese Wahl hinweisen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Patientin