

ANTRAG

Inkonvenienzentschädigung für Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung (BL21420016)

(bitte elektronisch oder mit Blockschrift ausfüllen)

Name der Hebamme

Adresse:

PLZ/Ot
.....

Name der Mutter:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ot

Vor-/Nachname des Kindes:

Geburtsdatum: Geburtszeit:

Betreuungsdatum: Betreuungszeit:
(Beginn der nachgeburtlichen Betreuung)

Geburtsort (Adresse): Spital Geburtshaus Zuhause

Inkonvenienzentschädigung für:

Hausgeburt mit anschliessender Wochenbettbetreuung zu Hause (CHF 650.-)

nur Hausgeburt (CHF 325.-)

nur Wochenbettbetreuung (CHF 325.-)

Für die Richtigkeit der Angaben

Datum: Datum:

Unterschrift der Gesuchstellerin:

Unterschrift der Mutter:

.....

=====

(Wird durch das Amt für Gesundheit Basel-Landschaft ausgefüllt)

Visum Richtigkeit:.....

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular muss der Quartalsübersicht beigelegt werden.

Adresse: Amt für Gesundheit Basel-Landschaft, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal, Tel: +41 061 552 91 78