

Sehr geehrte Kollegin,

wir freuen uns, dass Sie bereit sind Hebammenauszubildende in ihrem außerklinischen Einsatz zu begleiten.

Gemäß Hebammengesetz (§6 Absatz 2 Satz 2) ist dazu eine Ermächtigung der jeweiligen Landesbehörde die Voraussetzung. Sofern die Hebamme gewisse Voraussetzungen erfüllt, gilt sie in Hamburg durch Allgemeinverfügung als ermächtigt.

Bitte erklären Sie hiermit verbindlich, ob Sie die nachfolgend genannten Voraussetzungen erfüllen.

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die freiberufliche bzw. die in der Einrichtung für die Ausbildung zuständige Hebamme verfügt über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die freiberufliche bzw. die in der Einrichtung für die Ausbildung zuständige Hebamme verfügt über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die freiberufliche bzw. die in der Einrichtung für die Ausbildung zuständige Hebamme nimmt regelmäßig an Fortbildungen teil. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die freiberufliche Hebamme bzw. die von Hebammen geleitete Einrichtung haben ihre Tätigkeit gem. § 19 Absatz 2 Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz (HmbGDG) gegenüber dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (zuständiges Gesundheitsamt) angezeigt. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die Betreuung der Hebammschüler/in durch eine Hebamme ist im Rahmen einer Vollzeitbetreuung, auch in Urlaubs- und Krankheitszeiten gewährleistet. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die Voraussetzungen zur Abrechnung mit den Kostenträgern nach §134 a Abs. 4 SGB V sind gegeben. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ein Arbeitsplatz (für Besprechungen, Anleitungen, administrative Aufgaben) ist vorhanden. |

Es werden insbesondere folgende Tätigkeiten abgedeckt:

- Schwangerenvorsorge
- Schwangerenberatung
- Wochenbettbetreuung
- Stillberatung
- ggf. außerklinische Geburtshilfe

Name, Vorname

Datum, Unterschrift