



Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie  
- Team 3 SL 1 -  
Förderprojekte Soziales und Familie  
Domhof 1  
31134 Hildesheim

Name der Arztpraxis  
bzw. Einrichtung .....

LANR: .....

BSNR: .....

Kennziffer der  
Patientin

(siehe Kostenübernahmebescheinigung der Krankenkasse)

Datum d. Abbruchs

Datum Kontrolluntersuchung

Hiermit wird bestätigt, dass bei der o.a. Patientin (Identität wurde anhand der Kostenübernahmebescheinigung Teil 1 überprüft) der Abbruch der Schwangerschaft in einer Einrichtung nach § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1, 2 oder 3 StGB vorgenommen worden ist.  
Es wird um Erstattung folgender Kosten auf das nachstehende Konto gebeten:

Banque für Sozialleistungen	
IBAN	
Rechnungsnummer	

Die Kostenübernahmebescheinigung der Krankenkasse Teil 2 ist beigelegt

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch  
 in der Arztpraxis  im Krankenhaus

(bitte die Anzahl der erbrachten Leistungen eintragen)

Anzahl	EBM	Kurzbeschreibung	Punkte	Anzahl x Punkte
	01906	Durchführung medikam. Abbruch	561	
	01910	Betreuung mehr als 2 Stunden	443	
	01911	Betreuung mehr als 4 Stunden	888	
	01912	Kontrolluntersuchung nach Abbruch zwischen dem 7.-21. Tag	183	
	01436	Konsultationspauschale	18	
	08211	Grundpauschale Gynäkologie	147	
<b>Gesamtpunkte:</b>				
<b>Gesamtpunkte x Punktwert <sup>1</sup> =</b>			<b>= Euro</b>	
<b>zuzüglich Euro</b>			<b>-----</b>	
	32030	Orientierende Untersuchung	0,50	
	32120	Bestimmung Thrombozytenzahl und eines weiteren Parameters	0,50	
	40156	Mifepriston (Mifegyne); 1 Tbl. á 600 mg	89,25	
		od. bis zu 3 Tbl. á 200 mg (Dosier.=Anz.)		
		MisoOne		
<b>Gesamtsumme</b>				
				Ausstellungsdatum/Unterschrift

<sup>1</sup> Punktwert; wird jährlich bekannt gegeben.