

Herausgeber:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Auf dem Seidenberg 3a · 53721 Siegburg
ab dem 16. Dezember 2009:
Wegelystraße 8 · 10623 Berlin
www.g-ba.de



Während der Schwangerschaft sollten Sie Ihren Mutterpass immer bei sich haben und zu jeder ärztlichen Untersuchung mitbringen, insbesondere auch zur Entbindung. Ihr Mutterpass gehört zu den Dokumenten, die Sie immer sorgfältig aufbewahren sollten.

HINWEISE FÜR DIE SCHWANGERE

Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Vorgänge und stellen keine Krankheit dar. Manchmal können sie allerdings mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind belastet sein. Eine sorgfältige Schwangerschaftsbetreuung hilft, einen großen Teil dieser Risiken zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen, um Gefahren abzuwenden.

Voraussetzung dafür ist jedoch Ihre regelmäßige Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen!

Die in Ihrem Mutterpass aufgeführten Untersuchungen dienen der Gesunderhaltung von Mutter und Kind und entsprechen langjähriger geburtshilflicher Erfahrung und modernen medizinischen Erkenntnissen.

Dieser Mutterpass enthält die während der Schwangerschaft erhobenen wichtigen Befunde. Er wird Ihnen nach jeder Vorsorgeuntersuchung wieder mitgegeben. Die Angaben im Mutterpass dienen der Information von Arzt und Hebamme sowie Ihrer und Ihres Kindes Sicherheit.

Der Mutterpass ist Ihr persönliches Dokument. Sie allein entscheiden darüber, wem er zugänglich gemacht werden soll. Andere (z. B. Arbeitgeber, Behörden) dürfen eine Einsichtnahme nicht verlangen.

Bitte:

- Nutzen Sie die Ihnen gebotenen Möglichkeiten, um sich und Ihrem Kind Sicherheit zu verschaffen!
- Vergessen Sie nicht, dieses Heft zu jeder ärztlichen Untersuchung während der Schwangerschaft, zur Entbindung und zur Untersuchung des Kindes mitzubringen!
- Lassen Sie sich helfen, wenn Sie Sorgen haben!
- Beraten Sie sich mit Ihrem Arzt und befolgen Sie seine Ratschläge!

HINWEIS AN DIE MUTTER

Nach Schwangerschaft und Geburt beginnt für Sie zwar wieder der Alltag mit neuen Aufgaben, beachten Sie aber bitte Folgendes:

- Gehen Sie etwa 6–8 Wochen nach der Entbindung zur Nachuntersuchung
(Mutterpass nicht vergessen!)
- Nutzen Sie alle Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U2 – U9) beim Kinder- oder Hausarzt
(Gelbes Kinder-Untersuchungsheft nicht vergessen!)

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynäkol. Befund unauffällig ja nein Hb g %
 RR /
 Urin Z pos. E pos. Sediment o.B.

Besonderheiten _____

Mutter stillt hat nicht gestillt hat abgestillt

Kind: U 3 durchgeführt 1. Kind ja nein 2. Kind (Zwilling) ja nein

lebt und ist gesund ja nein ja nein

ist lt. U 3 behandlungsbedürftig ja nein ja nein

ist verstorben am

 Untersuchungsdatum

 Unterschrift/Stempel

Stempel des Arztes/der Klinik/der mitbetreuenden Hebamme

1	2
3	4

Mein nächster Untersuchungstermin:

Tag	Uhrzeit	Tag	Uhrzeit

Name: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Laboruntersuchungen

Blutgruppenzugehörigkeit

A B O

Rh pos. (D pos.)/Rh neg. (D neg.) *)

*) Rh positiv bzw. Rh negativ wörtlich eintragen

Diese Eintragungen entbinden den behandelnden Arzt nicht von seiner Sorgfaltspflicht (z.B. Kreuzprobe)

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Antikörper-Suchtest

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Röteln-HAH-Test

negativ positiv, Titer 1: _____

Immunität anzunehmen ja nein

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Stempel des Arztes

Unterschrift des Arztes

Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Alter alleinstehend deutsch

andere _____

Schwangerschaft

Schwangerschaften (mit dieser) Geburten (mit dieser) Erst-Untersuchung in SSW

Anzahl der Vorsorge-Untersuchungen vor Entbindung in Klinik vorgestellt stat. Aufenthalt ante partum in Wochen

Nach Katalog A/B (Seite 21 und 22) dokumentierte wichtigste Risikonummern

Datum SSW extern entbunden ja

Geburt

	1. Kind			2. Kind (Zwilling)		
Lebendgeburt	ja	nein		ja	nein	
Geschlecht	m	w		m	w	
Geburtsmodus	sp	S	vag. Op.	sp	S	vag. Op.
Kindslage	SL	BEL	QL	SL	BEL	QL
Gewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g
Länge/Kopfumfang	<input type="text"/>	/	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	/	<input type="text"/> cm
Apgar-Zahl 5'/10'	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
pH-Wert (Nabelarterie)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
auffällige Fehlbildung	ja	nein		ja	nein	

Besonderheiten _____

Wochenbett normal ja nein gyn. Befund normal ja nein

Hb RR /

Anti-D-Prophylaxe ja nein Beratung über ausreichende Jodzufuhr während der Stillzeit erfolgt

Wochenbett

Besonderheiten (s. a. S. 32) _____

	1. Kind				2. Kind (Zwilling)			
Blutgruppe und Untergruppen (nur bei RH neg.-Mutter; kein Ausweis!)	A	B	O	AB	A	B	O	AB
Rh pos. Rh neg.	Rh pos.		Rh neg.		Rh pos.		Rh neg.	
direkter Coombstest	neg.	pos.			neg.	pos.		
Kind unauffällig entl. am	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind verlegt am	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind verstorben am	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum der Entlassungsuntersuchung

Unterschrift/Stempel

Name: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Laboruntersuchungen

Blutgruppenzugehörigkeit

(s. auch Seite 2)

A B O

Rh pos. (D pos.)/Rh neg. (D neg.) *)

*) Rh positiv bzw. Rh negativ wörtlich eintragen

Diese Eintragungen entbinden den behandelnden Arzt nicht von seiner Sorgfaltspflicht (z.B. Kreuzprobe)

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Antikörper-Suchtest

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Röteln-HAH-Test

negativ positiv, Titer 1: _____

Immunität anzunehmen ja nein

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Stempel des Arztes

Unterschrift des Arztes

Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Alter alleinstehend deutsch

andere _____

Schwangerschaft

Schwangerschaften (mit dieser) Geburten (mit dieser) Erst-Untersuchung in SSW

Anzahl der Vorsorge-Untersuchungen vor Entbindung in Klinik vorgestellt stat. Aufenthalt ante partum in Wochen

Nach Katalog A/B (Seite 5 und 6) dokumentierte wichtigste Risiknummern

Datum SSW extern entbunden ja

Geburt

	1. Kind			2. Kind (Zwilling)		
Lebendgeburt	ja	nein		ja	nein	
Geschlecht	m	w		m	w	
Geburtsmodus	sp	S	vag. Op.	sp	S	vag. Op.
Kindslage	SL	BEL	QL	SL	BEL	QL
Gewicht			g			g
Länge/Kopfumfang		/	cm		/	cm
Apgar-Zahl 5'/10'		/			/	
pH-Wert (Nabelarterie)						
auffällige Fehlbildung	ja	nein		ja	nein	

Besonderheiten _____

Wochenbett normal ja nein gyn. Befund normal ja nein

Hb RR /

Anti-D-Prophylaxe ja nein Beratung über ausreichende Jodzufuhr während der Stillzeit erfolgt

Wochenbett

Besonderheiten (s. a. S. 16) _____

	1. Kind				2. Kind (Zwilling)			
Blutgruppe und Untergruppen (nur bei RH neg.-Mutter; kein Ausweis!)	A	B	O	AB	A	B	O	AB
Rh pos. / Rh neg.	Rh pos.		Rh neg.		Rh pos.		Rh neg.	
direkter Coombstest	neg.	pos.			neg.	pos.		
Kind unauffällig entl. am								
Kind verlegt am								
Kind verstorben am								

Datum der Entlassungsuntersuchung

Unterschrift/Stempel

Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach Anlage 1 b
zu den Mutterschafts-Richtlinien
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar,
Untersucher/Stempel)

Gravidogramm

Zweiter Ak-Suchtest (24.-27. SSW) am: _____

Anti-D-Prophylaxe (28.-30. SSW) am: _____

Untersuchung auf Hepatitis B (32.-40. SSW) am: _____

In der Entbindungsklinik vorgestellt am: _____

	Datum	Schwangerschaftswoche	SSW ggf. Kort.	Fundusstand Symph.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung Ödeme Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Eiweiß Sediment ggf. Bakteriolog. Bef.	Zucker (Nitrit)	(Blut)	Vaginale Unter- suchung	Risiko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
11.																	
12.																	
13.																	
14.																	

◀ **Besonderheiten zu den Katalogen A. und B.**
(einschließlich veranlasster Maßnahmen)

Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 9.-12. SSW	Zeitgerechte Entwicklung:	FS	SSL	BPD	Biometrie I (ein Maß)
			Intrauteriner Sitz: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Embryo darstellbar: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzaktion: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Mehrlinge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja monochorial: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Auffälligkeiten: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle				
				Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:			

Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 19.-22. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Lebenszeichen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
				Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen: Biometrie II (4 Maße)			

Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	III. Screening 29.-32. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Kindslage: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Lebenszeichen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
				Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen: Biometrie III (4 Maße)			

Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach Anlage 1 b
zu den Mutterschafts-Richtlinien
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar,
Untersucher/Stempel)

Gravidogramm

Zweiter Ak-Suchtest (24.-27. SSW) am: _____

Anti-D-Prophylaxe (28.-30. SSW) am: _____

Untersuchung auf Hepatitis B (32.-40. SSW) am: _____

In der Entbindungsklinik vorgestellt am: _____

	Datum	Schwangerschaftswoche	SSW ggf. Kort.	Fundusstand Sympt. Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung Ödeme Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Sediment ggf. Bakteriolog. Bef.			Eiweiß	Zucker	(Nitrit)	(Blut)	Vaginale Unter- suchung	Risiko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.																					
2.																					
3.																					
4.																					
5.																					
6.																					
7.																					
8.																					
9.																					
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					

← Besonderheiten zu den Katalogen A. und B.
(einschließlich veranlasster Maßnahmen)

Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft			
von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

Cardiotokographische Befunde		
Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN											
Bemerkungen:										(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)	
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 9.-12. SSW				FS	SSL	BPD	Biometrie I (ein Maß)	
			Intrauteriner Sitz:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Zeitgerechte Entwicklung:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			
			Embryo darstellbar:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> Kontrolle				
			Herzaktion:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Konsiliaruntersuchung veranlasst:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen:		
			Mehrlinge:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja						
			monochorial:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja						
			Auffälligkeiten:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja						
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 19.-22. SSW				BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Fruchtwassermenge:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja			
			Lebenszeichen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		körperl. Entwicklung:	<input type="radio"/> nein			
			Plazentalok./-struktur:	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Kontrolle	Körperumriss:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen:		
			Kommentar:			fetaler Strukturen:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja			
			Zeitgerechte Entwicklung:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Kontrolle	Herztätigkeit:	<input type="radio"/> nein			
						Bewegung:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Biometrie II (4 Maße)		
						Konsiliaruntersuchung veranlasst:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja			
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	III. Screening 29.-32. SSW				BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Fruchtwassermenge:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja			
			Kindslage:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		körperl. Entwicklung:	<input type="radio"/> nein			
			Lebenszeichen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Körperumriss:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen:		
			Plazentalok./-struktur:	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Kontrolle	fetaler Strukturen:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja			
			Kommentar:			Herztätigkeit:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja			
			Zeitgerechte Entwicklung:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Kontrolle	Bewegung:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Biometrie III (4 Maße)	
						Konsiliaruntersuchung veranlasst:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja			

Weiterführende Ultraschall-Untersuchungen zur Abklärung und Überwachung pathologischer Befunde nach **Anlage 1 c** zu den Mutterschafts-Richtlinien
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)

Dopplersonographische Untersuchungen nach **Anlage 1 d**
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)

Nachweis von Chlamydia trachomatis-DNA aus einer Urinprobe mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT)

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-HAH-Test-Kontrolle
(vgl. Abschnitt C Nr. 1 zu b) der Mutterschafts-Richtlinien)

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 4)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

Jahr	Ausgang der Schwangerschaften und Geburten (Spontangeburt, Sectio, vag. Operation, Abort, Abruptio, EU, Schwangerschaftsdauer in Wochen, Geburtsverlauf, Komplikationen, Kindsgewicht, Geschlecht):

Besonderheiten

Alter _____ Jahre Gewicht vor SS-Beginn _____ kg Größe _____ cm
 Gravida _____ Para _____

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1. Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten _____) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> |
| 2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | | 2. <input type="checkbox"/> |
| 3. Blutungs-/Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> | | 3. <input type="checkbox"/> |
| 4. Allergie, z.B. gegen Medikamente _____ | <input type="checkbox"/> | | 4. <input type="checkbox"/> |
| 5. Frühere Bluttransfusionen | <input type="checkbox"/> | | 5. <input type="checkbox"/> |
| 6. Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) | <input type="checkbox"/> | | 6. <input type="checkbox"/> |
| 7. Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) | <input type="checkbox"/> | | 7. <input type="checkbox"/> |
| 8. Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangegangenen Schwangerschaften) | <input type="checkbox"/> | | 8. <input type="checkbox"/> |
| 9. Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | | 9. <input type="checkbox"/> |
| 10. Adipositas | <input type="checkbox"/> | | 10. <input type="checkbox"/> |
| 11. Kleinwuchs | <input type="checkbox"/> | | 11. <input type="checkbox"/> |
| 12. Skelettanomalien | <input type="checkbox"/> | | 12. <input type="checkbox"/> |
| 13. Schwangere unter 18 Jahren | <input type="checkbox"/> | | 13. <input type="checkbox"/> |
| 14. Schwangere über 35 Jahren | <input type="checkbox"/> | | 14. <input type="checkbox"/> |
| 15. Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) | <input type="checkbox"/> | | 15. <input type="checkbox"/> |
| 16. Zustand nach Sterilitätsbehandlung | <input type="checkbox"/> | | 16. <input type="checkbox"/> |
| 17. Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW) | <input type="checkbox"/> | | 17. <input type="checkbox"/> |
| 18. Zustand nach Mangelgeburt | <input type="checkbox"/> | | 18. <input type="checkbox"/> |
| 19. Zustand nach 2 oder mehr Fehlgeburten/Abbrüchen | <input type="checkbox"/> | | 19. <input type="checkbox"/> |
| 20. Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese | <input type="checkbox"/> | | 20. <input type="checkbox"/> |
| 21. Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | | 21. <input type="checkbox"/> |
| 22. Komplikationen post partum ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | | 22. <input type="checkbox"/> |
| 23. Zustand nach Sectio | <input type="checkbox"/> | | 23. <input type="checkbox"/> |
| 24. Zustand nach anderen Uterusoperationen ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | | 24. <input type="checkbox"/> |
| 25. Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) | <input type="checkbox"/> | | 25. <input type="checkbox"/> |
| 26. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | | 26. <input type="checkbox"/> |

Nach ärztlicher Bewertung des Kataloges A liegt bei der Erstuntersuchung ein Schwangerschaftsrisiko vor

- #### Beratung der Schwangeren
- a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel
 - b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen
 - c) Risikoberatung
 - d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik
 - e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung
 - f) Zum HIV-Antikörpertest
 - g) Zur Zahngesundheit

B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche _____
- | | |
|------------------------------------|--|
| 28. Dauermedikation | 42. Anämie |
| 29. Abusus | 43. Harnwegsinfektion |
| 30. Besondere psychische Belastung | 44. Indirekter Coombstest positiv |
| 31. Besondere soziale Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW | 47. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 34. Placenta praevia | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme |
| 35. Mehrlingsschwangerschaft | 49. Hypotonie |
| 36. Hydramnion | 50. Gestationsdiabetes |
| 37. Oligohydramnie | 51. Einstellungsanomalie |
| 38. Terminunklarheit | 52. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ |
| 39. Placenta-Insuffizienz | |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |

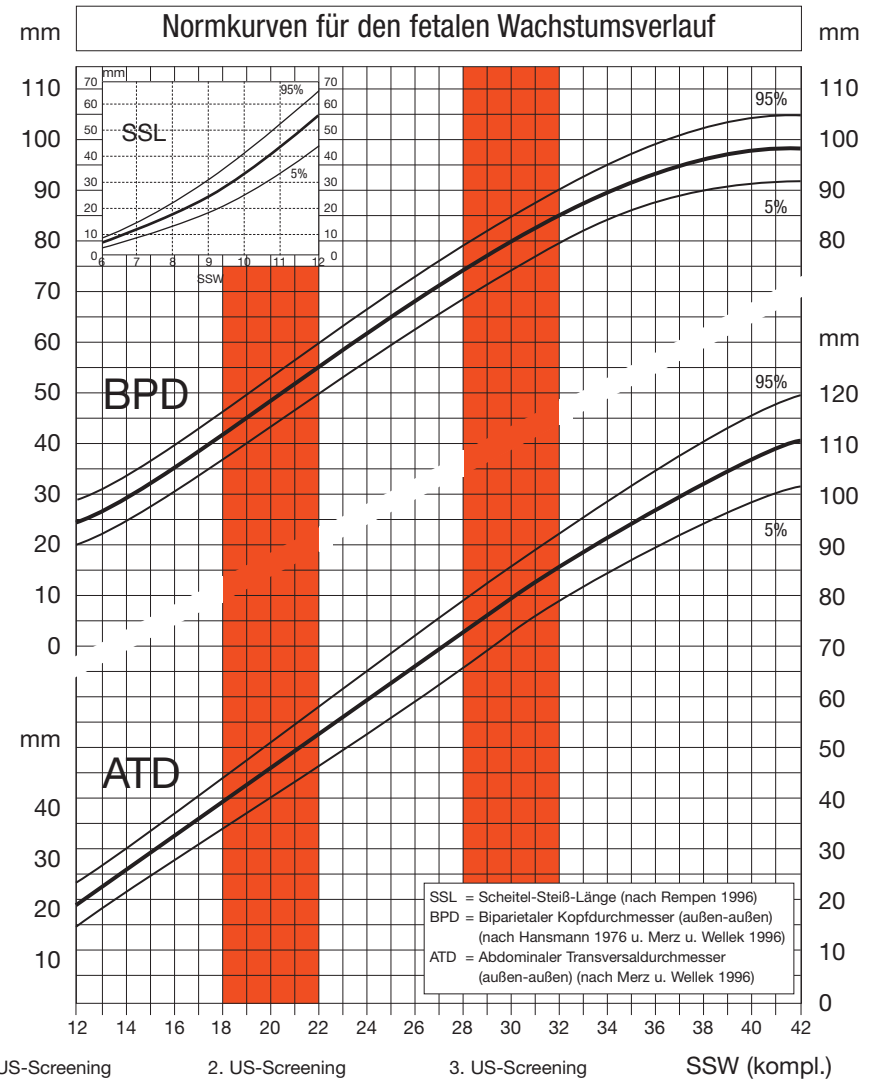
Terminbestimmung

Zyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
 Konzeptionstermin (soweit sicher): _____
 Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW

Berechneter Entbindungstermin:

Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert):

Kommentar _____



Weiterführende Ultraschall-Untersuchungen zur Abklärung und Überwachung pathologischer Befunde nach **Anlage 1 c** zu den Mutterschafts-Richtlinien
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)

Dopplersonographische Untersuchungen nach **Anlage 1 d**
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)

Nachweis von Chlamydia trachomatis-DNA aus einer Urinprobe mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT)

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-HAH-Test-Kontrolle
(vgl. Abschnitt C zu b) der Mutterschafts-Richtlinien)

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 20)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

Jahr	Ausgang der Schwangerschaften und Geburten (Spontangeburt, Sectio, vag. Operation, Abort, Abruptio, EU, Schwangerschaftsdauer in Wochen, Geburtsverlauf, Komplikationen, Kindsgewicht, Geschlecht):

Besonderheiten

Alter _____ Jahre Gewicht vor SS-Beginn _____ kg Größe _____ cm
 Gravida _____ Para _____

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung (s. auch Seite 5)

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten _____) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Blutungs-/Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Allergie, z.B. gegen Medikamente _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Frühere Bluttransfusionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangegangenen Schwangerschaften) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Adipositas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kleinwuchs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Skelettanomalien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Schwangere unter 18 Jahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Schwangere über 35 Jahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Zustand nach Sterilitätsbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Zustand nach Mangelgeburt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Zustand nach 2 oder mehr Fehlgeburten/Abbrüchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Komplikationen post partum ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Zustand nach Sectio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Zustand nach anderen Uterusoperationen ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nach ärztlicher Bewertung des Kataloges A liegt bei der Erstuntersuchung ein Schwangerschaftsrisiko vor

- #### Beratung der Schwangeren
- a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel
 - b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen
 - c) Risikoberatung
 - d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik
 - e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung
 - f) Zum HIV-Antikörpertest
 - g) Zur Zahngesundheit

B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche _____

- | | |
|------------------------------------|--|
| 28. Dauermedikation | 42. Anämie |
| 29. Abusus | 43. Harnwegsinfektion |
| 30. Besondere psychische Belastung | 44. Indirekter Coombstest positiv |
| 31. Besondere soziale Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW | 47. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 34. Placenta praevia | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme |
| 35. Mehrlingsschwangerschaft | 49. Hypotonie |
| 36. Hydramnion | 50. Gestationsdiabetes |
| 37. Oligohydramnie | 51. Einstellungsanomalie |
| 38. Terminunklarheit | 52. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ |
| 39. Placenta-Insuffizienz | |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |

Terminbestimmung

Zyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
 Konzeptionstermin (soweit sicher): _____
 Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW

Berechneter Entbindungstermin:

Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert):

Kommentar _____

