



Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version  
den Leistungserbringern zur Verfügung

# HINWEISE FÜR DIE SCHWANGERE

Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Vorgänge und stellen keine Krankheit dar. Manchmal können sie allerdings mit einem erhöhten Risiko oder Belastungen für Mutter und Kind einhergehen. Eine sorgfältige Schwangerschaftsbetreuung hilft, frühzeitig zu erkennen, wann Mutter und Kind weitere Betreuung oder Behandlung benötigen.

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 Ärztin oder Arzt und Hebamme sowie Ihrer und Ihres Kindes Sicherheit.

Der Mutterpass ist Ihr persönliches Dokument. Sie allein entscheiden darüber, wenn er zugänglich gemacht werden soll. Andere (z. B. Arbeitgebende, 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 Vorsorgeuntersuchung sowie zu jeder ärztlichen Untersuchung während der Schwangerschaft, zur Geburt, Nachsorge und zur Untersuchung des Kindes mitzubringen!
- Lassen Sie sich helfen, wenn Sie Sorgen haben!
- Beraten Sie sich mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt oder Ihrer Hebamme.

Stempel der Ärztin oder des Arztes/der Klinik/  
der betreuenden Hebamme

1	2
3	4

Mein nächster Untersuchungstermin:

Tag	Uhrzeit	Tag	Uhrzeit

Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version  
den Leistungserbringern zur Verfügung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Bei Namensänderung: Name: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

## Laboruntersuchungen und Rötelschutz

### Blutgruppenzugehörigkeit

A B O

RhD-Status der Schwangeren,  
RhD-positiv/RhD-negativ \*)

\*) RhD-positiv bzw. RhD-negativ wörtlich eintragen

Diese Eintragungen entbinden die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt nicht von ihrer oder 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-Impfung

Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen liegt vor: ja  nein

### Röteln-Antikörpertest

negativ  positiv, Titer 1: \_\_\_\_\_

bzw.  IE/ml: \_\_\_\_\_

Immunität anzunehmen ja  nein

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: \_\_\_\_\_

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: \_\_\_\_\_

### Influenza-Impfung in der

Schwangerschaft ja  nein

### Pertussis-Impfung in der

Schwangerschaft ja  nein

**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 der Ärztin oder des Arztes

**LSR durchgeführt**

am: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder 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 der Ärztin oder des Arztes

**Antikörper-Suchtest-Kontrolle**

negativ  positiv, Titer 1: \_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

**Röteln-Antikörpertest-Kontrolle**

(vgl. § 4 Absatz 2 der Mutterschafts-Richtlinie)

negativ  positiv, Titer 1: \_\_\_\_\_

bzw.  IE/ml: \_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: \_\_\_\_\_

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

**Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum**

negativ  positiv

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

# Bestimmung des fetalen RHD-Status bei Rhd-negativen Schwangeren mittels NIPT-RHD

RHD-Status des Feten,  
RHD-positiv/RHD-negativ \*) /  
Kein Ergebnis

Datum der  
Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des  
Laboratoriums: \_\_\_\_\_

\*) RHD-positiv bzw. RHD-negativ wörtlich eintragen

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

## Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

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

### Beratung der Schwangeren

- a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel (Alkohol, Tabak und andere Drogen)
- b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen
- c) Risikoberatung
- d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik
- e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- f) Zum HIV-Antikörpertest 
  - HIV-Antikörpertest durchgeführt: ja  nein
- g) Zur Mundgesundheit

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

## A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

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

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

### Besonderheiten

---

## B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche \_\_\_\_\_

---

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

## Terminbestimmung

Zyklus \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Letzte Periode \_\_\_\_\_

Konzeptionstermin (soweit sicher): \_\_\_\_\_

Schwangerschaft festgestellt am: \_\_\_\_\_ in der \_\_\_\_\_ SSW

Berechneter Geburtstermin:

Geburtstermin (ggf. nach  
Verlauf korrigiert):

Kommentar \_\_\_\_\_

---

---

---



# Gravidogramm

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

Untersuchung auf Hepatitis B am: \_\_\_\_\_

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

In der Geburtsklinik vorgestellt am: \_\_\_\_\_

	Datum	Schwanger- schaftswoche	SSW ggf. Kort.	Fundusstand Sympt.	Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindbewegung Coturne Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Urin	Eiweiß	Zucker	Vaginale Unter- suchung	Plakto-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		
10.																		
11.																		
12.																		
13.																		
14.																		

Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version  
den Leistungserbringern zur Verfügung



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

---

---

---

---

**Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft**

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

**Kardiotokografische Befunde**

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

# ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 8 + 0 bis 11 + 6 SSW		FS	SSL	BPD	Biometrie I	
			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"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	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:				
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW		BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
			<b>a)</b> Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzaktion: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:  Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle  <b>b)</b> <b>Kopf:</b> Ventrikelauffälligkeiten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Auffälligkeiten der Kopfform <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Darstellbarkeit des Kleinhirns <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <b>Hals und Rücken:</b> Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Thorax:</b> Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Linksseitige Herzposition <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Persistierende Arrhythmie im Untersuchungszeitraum <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <b>Rumpf:</b> Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Darstellbarkeit des Magens im linken Oberbauch <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Darstellbarkeit der Harnblase <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
					<b>Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich</b>				
					Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
					Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
					Bemerkungen:				Biometrie II
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	III. Screening 28 + 0 bis 31 + 6 SSW		BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Kindslage: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzaktion: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:  Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich  Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
					Bemerkungen:				
					Biometrie III				

**Ultraschall-Kontrolluntersuchungen** nach **Anlage I b**

zu der Mutterschafts-Richtlinie

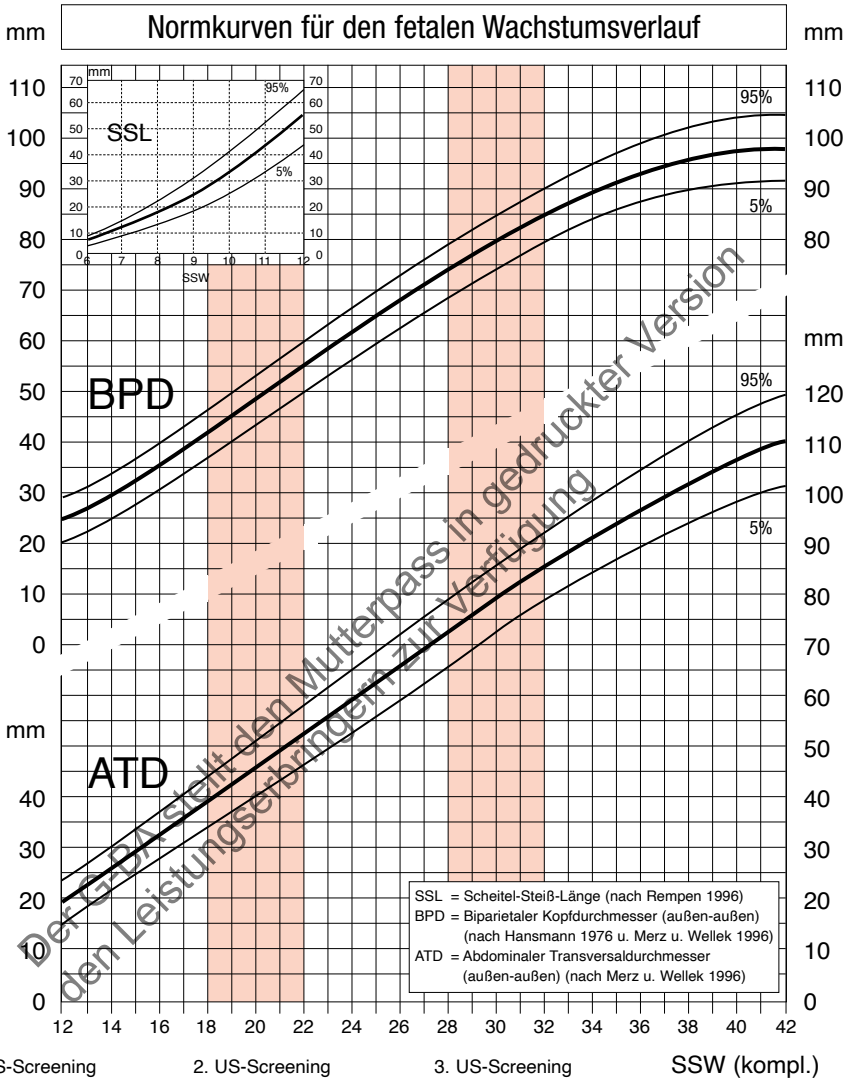
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar,  
Untersucherin oder Untersucher/Stempel)

---

---

---

Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version  
den Leistungserbringern zur Verfügung



**Weiterführende Ultraschall-Untersuchungen** zur Abklärung und Überwachung pathologischer Befunde nach **Anlage I c** zu der Mutterschafts-Richtlinie

(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucherin oder Untersucher/Stempel)

---

---

---

**Dopplersonografische** Untersuchungen nach **Anlage I d** zu der Mutterschafts-Richtlinie

(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucherin oder Untersucher/Stempel)

---

---

---

# Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Schwangerschaft

Alter

Schwangerschaften (mit dieser)

Geburten (mit dieser)

Erst-Untersuchung in SSW

Anzahl der Vorsorge-Untersuchungen

vor Geburt in Klinik vorgestellt

stat. Aufenthalt ante partum in Wochen

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

Geburt

Datum

SSW

extern geboren  ja

Lebendgeburt

1. Kind  
 ja  nein

2. Kind (Zwilling)  
 ja  nein

Geschlecht

m  w  unbestimmt

m  w  unbestimmt

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

Wochenbett normal  ja  nein

gyn. Befund normal  ja  nein

Hb    g/l  RR   /

Anti-D-Prophylaxe  ja  nein

Beratung über ausreichende Jodzufuhr während der Stillzeit erfolgt

Besonderheiten (s. a. S. 16) \_\_\_\_\_

Blutgruppe und Untergruppen (nur bei RH neg.-Mutter; kein Ausweis!)

1. Kind  
 A  B  O  AB  
 Rh pos.  Rh neg.  
 neg.  pos.

2. Kind (Zwilling)  
 A  B  O  AB  
 Rh pos.  Rh neg.  
 neg.  pos.

direkter Coombstest

Kind unauffällig entl. am

Kind verlegt am

Besonderheiten beim Kind \_\_\_\_\_

Besonderheiten im Wochenbett \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

gynäkol. Befund unauffällig

ja

nein

Hb

g %

RR

/

Urin

Z pos.

E pos.

Besonderheiten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mutter stillt

hat nicht gestillt

hat abgestillt

2. Untersuchung nach Geburt  
(etwa 6. bis spätestens 8. Woche)

Kind: U 3 durchgeführt

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



## Weitere Schwangerschaft

Stempel der Ärztin oder des Arztes/der Klinik/  
der betreuenden Hebamme

1	2
3	4

Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version den Leistungserbringern zur Verfügung

Mein nächster Untersuchungstermin:

Tag	Uhrzeit	Tag	Uhrzeit

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Bei Namensänderung: Name: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

## Laboruntersuchungen und Rötelschutz

### Blutgruppenzugehörigkeit

(s. auch Seite 2)

A B O

RhD-Status der Schwangeren,  
RhD-positiv/RhD-negativ \*)

\*) RhD-positiv bzw. RhD-negativ wörtlich eintragen

Diese Eintragungen entbinden die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt nicht von ihrer oder 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-Impfung

Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen liegt vor: ja  nein

### Röteln-Antikörpertest

negativ  positiv, Titer 1: \_\_\_\_\_

bzw.  IE/ml: \_\_\_\_\_

Immunität anzunehmen ja  nein

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: \_\_\_\_\_

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: \_\_\_\_\_

Influenza-Impfung in der Schwangerschaft ja  nein

Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft ja  nein

**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 der Ärztin oder des Arztes

**LSR durchgeführt**

am: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder 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 der Ärztin oder des Arztes

**Antikörper-Suchtest-Kontrolle**

negativ  positiv, Titer 1: \_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

**Röteln-Antikörpertest-Kontrolle**

(vgl. § 4 Absatz 2 der Mutterschafts-Richtlinie)

negativ  positiv, Titer 1: \_\_\_\_\_

bzw.  IE/ml: \_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: \_\_\_\_\_

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

**Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum**

negativ  positiv

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

## Bestimmung des fetalen RHD-Status bei RhD-negativen Schwangeren mittels NIPT-RHD

RHD-Status des Feten,  
RHD-positiv/RHD-negativ \*) /  
Kein Ergebnis

Datum der  
Untersuchung: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des  
Laboratoriums: \_\_\_\_\_

\*) RHD-positiv bzw. RHD-negativ wörtlich eintragen

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin oder 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):

#### **Beratung der Schwangeren**

- a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel (Alkohol, Tabak und andere Drogen)
- b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen
- c) Risikoberatung
- d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik
- e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- f) Zum HIV-Antikörpertest 
  - HIV-Antikörpertest durchgeführt: ja  nein
- g) Zur Mundgesundheit

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

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

- |   | ja                       |     | nein                     |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten _____) | <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 Geburten<br>ggf. welche _____   | <input type="checkbox"/> | 21. | <input type="checkbox"/> |
| 22. Komplikationen post partum<br>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<br>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<br>ggf. welche _____  | <input type="checkbox"/> | 26. | <input type="checkbox"/> |

Nach ärztlicher Bewertung des Kataloges A liegt bei der Erstuntersuchung ein Schwangerschaftsrisiko vor <input style="float: right;" type="checkbox"/>
--

### Besonderheiten

---

## B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche \_\_\_\_\_

---

28. Dauermedikation

29. Abusus

30. Besondere psychische Belastung

31. Besondere soziale Belastung

32. Blutungen vor der 28. SSW

33. Blutungen nach der 28. SSW

34. Placenta praevia

35. Mehrlingsschwangerschaft

36. Hydramnion

37. Oligohydramnie

38. Terminunklarheit

39. Plazenta-Insuffizienz

40. Isthmozervikale Insuffizienz

41. Vorzeitige Wehentätigkeit

42. Anämie

43. Harnwegsinfektion

44. Indirekter Coombstest positiv

45. Risiko aus anderen serologischen Befunden

46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90 mmHg)

47. Pathologische Eiweißausscheidung

48. Mittelgradige – schwere Ödeme

49. Hypotonie

50. Gestationsdiabetes

• Vortest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein

• Diagnostest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein

51. Einstellungsanomalie

52. Andere Besonderheiten

ggf. welche \_\_\_\_\_

---

## Terminbestimmung

Zyklus \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Letzte Periode \_\_\_\_\_

Konzeptionstermin (soweit sicher): \_\_\_\_\_

Schwangerschaft festgestellt am: \_\_\_\_\_ in der \_\_\_\_\_ SSW

Berechneter Geburtstermin:

Geburtstermin (ggf. nach

Verlauf korrigiert):

Kommentar \_\_\_\_\_

---

---

---

# Gravidogramm

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

Untersuchung auf Hepatitis B am: \_\_\_\_\_

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

In der Geburtsklinik vorgestellt am: \_\_\_\_\_

	Datum	Schwanger- schaftswoche	SSW ggf. Kort.	Fundusstand Sympt- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindbewegung Coturne Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Urin	Eiweiß	Zucker	Vaginale Unter- suchung	Platte-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	
11.																	
12.																	
13.																	
14.																	

Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version  
den Leistungserbringern zur Verfügung



## Besonderheiten zu den Katalogen A. und B.

(einschließlich veranlasster Maßnahmen)

---

---

---

---

### Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

### Kardiotokografische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung



# ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 8 + 0 bis 11 + 6 SSW		FS	SSL	BPD	Biometrie I	
			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"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	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:				
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW		BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
			<b>a)</b> Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzaktion: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:  Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle  <b>b)</b> <b>Kopf:</b> Ventrikelauffälligkeiten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Auffälligkeiten der Kopfform <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Darstellbarkeit des Kleinhirns <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <b>Hals und Rücken:</b> Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Thorax:</b> Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Linksseitige Herzposition <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Persistierende Arrhythmie im Untersuchungszeitraum <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <b>Rumpf:</b> Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Darstellbarkeit des Magens im linken Oberbauch <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Darstellbarkeit der Harnblase <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
					<b>Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich</b>				
					Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
					Bemerkungen:				Biometrie II
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	III. Screening 28 + 0 bis 31 + 6 SSW		BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Kindslage: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzaktion: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:  Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich  Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
					Bemerkungen:				
					Biometrie III				

## **Ultraschall-Kontrolluntersuchungen** nach **Anlage I b**

zu der Mutterschafts-Richtlinie

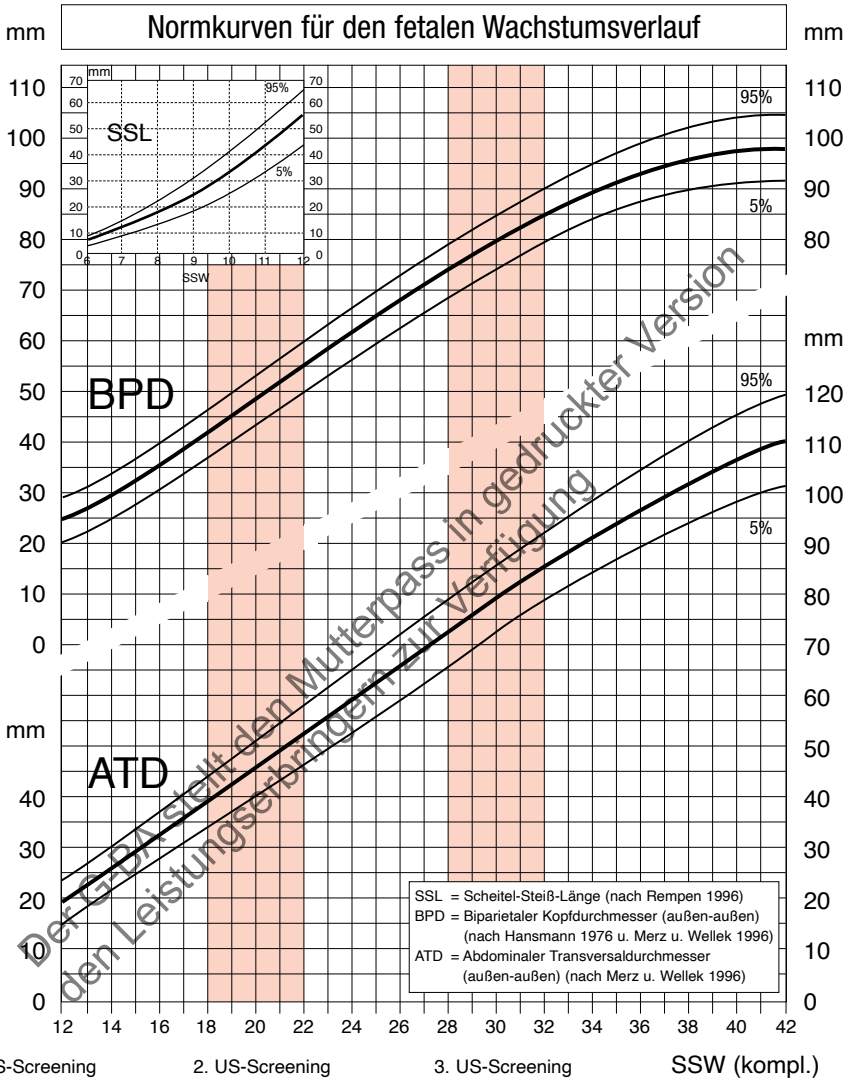
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar,  
Untersucherin oder Untersucher/Stempel)

---

---

---

Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version  
den Leistungserbringern zur Verfügung



**Weiterführende Ultraschall-Untersuchungen** zur Abklärung und Überwachung pathologischer Befunde nach **Anlage I c** zu der Mutterschafts-Richtlinie

(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucherin oder Untersucher/Stempel)

---

---

---

**Dopplersonografische** Untersuchungen nach **Anlage I d** zu der Mutterschafts-Richtlinie

(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucherin oder Untersucher/Stempel)

---

---

---

# Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Schwangerschaft

Alter

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

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

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

Geburt

Datum

SSW  extern geboren  ja

	1. Kind				2. Kind (Zwilling)			
Lebendgeburt	ja	nein			ja	nein		
Geschlecht	m	w	unbestimmt		m	w	unbestimmt	
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

Wochenbett normal  ja  nein  gyn. Befund normal  ja  nein

Hb  g/l RR  /

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

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.	
direkter Coombstest	neg.	pos.			neg.	pos.		
Kind unauffällig entl. am								
Kind verlegt am								
Besonderheiten beim Kind	_____							

Besonderheiten im Wochenbett \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

gynäkol. Befund unauffällig  ja  nein Hb    g %

RR   /

Urin  Z pos.  E pos.

Besonderheiten \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Mutter stillt  hat nicht gestillt  hat abgestillt

Kind: U 3 durchgeführt  ja  nein  ja  nein

lebt und ist gesund  ja  nein  ja  nein

ist lt. U3 behandlungsbedürftig  ja  nein  ja  nein

ist verstorben am

2. Untersuchung nach Geburt  
(etwa 6. bis spätestens 8. Woche)

Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version  
den Leistungserbringern zur Verfügung

Untersuchungsdatum

Unterschrift/Stempel

## 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 Geburt zur Nachuntersuchung  
(Mutterpass nicht vergessen!)
- Nutzen Sie alle Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U2 – U9) bei der Kinderärztin/dem Kinderarzt oder der Hausärztin/dem Hausarzt  
(Gelbes Kinder-Untersuchungsheft nicht vergessen!)

Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version  
den Leistungserbringern zur Verfügung

Herausgeber:



## Gemeinsamer Bundesausschuss

Postfach 12 06 06  
10596 Berlin  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Der G-BA stellt den Mutterpass in gedruckter Version den Leistungserbringern zur Verfügung

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