

Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Alter

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 Risikonummern

Datum SSW extern entbunden ja

Geburt

Lebendgeburt

1. Kind			2. Kind (Zwilling)		
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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<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 g/l RR /

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

Wochenbett

Besonderheiten (s. a. S. 16) _____

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

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

direkter Coombstest

Kind unauffällig entl. am

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 Entbindung
(etwa 6. bis spätestens 8. Woche)

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

Untersuchungsdatum _____

Unterschrift/Stempel _____

Weitere Schwangerschaft

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 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 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-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 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

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-Antikörpertest-Kontrolle

(vgl. Abschnitt C Nr. 1 der Mutterschafts-Richtlinien)

negativ positiv, Titer 1: _____

bzw. IE/ml: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

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 19

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 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 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

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. Placenta-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)

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 Entbindungstermin:

Entbindungstermin (ggf. nach
Verlauf korrigiert):

Kommentar _____

Gravidogramm

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

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

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

In der Entbindungsklinik vorgestellt am: _____

	Datum	Schwangerschaftswoche	SSW ggf. Kort.	Fundusstand Sympt.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindbewegung Coturne Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Urin	Eiweiß	Zucker	Vaginale Unter- suchung	Plieko-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

Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

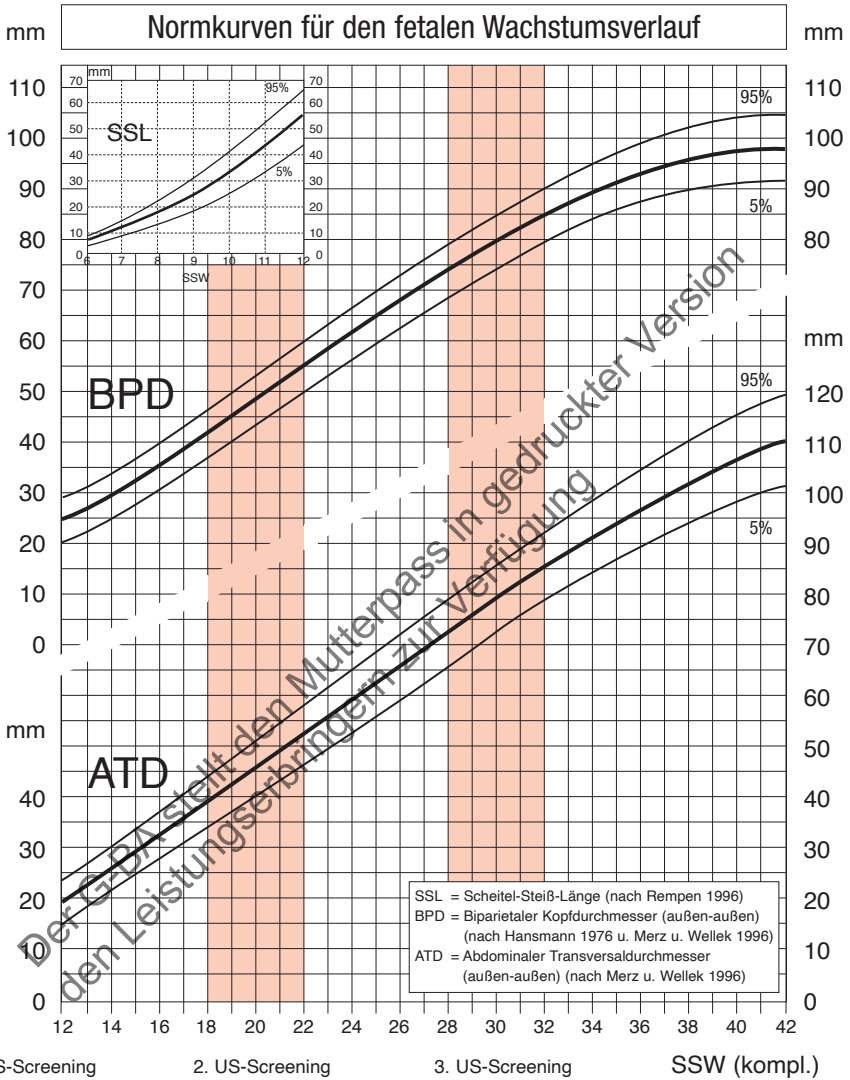
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 8 + 0 bis 11 + 6 SSW	FS	SSL	BPD	Biometrie I		
			Intrauteriner Sitz: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Embryo darstellbar: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzaktion: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Mehrlinge: <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	
			a) 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) Kopf: 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 Hals und Rücken: Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Thorax: 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 Rumpf: 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					
			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 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	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 1 b**

zu den Mutterschafts-Richtlinien

(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar,
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 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)

Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Alter

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

Lebendgeburt

1. Kind 2. Kind (Zwilling)

Geschlecht

ja	nein	ja	nein
----	------	----	------

Geburtsmodus

m	w	unbestimmt	m	w	unbestimmt
---	---	------------	---	---	------------

Kindslage

sp	S	vag. Op.	sp	S	vag. Op.
----	---	----------	----	---	----------

Gewicht

SL	BEL	QL	SL	BEL	QL
----	-----	----	----	-----	----

Länge/Kopfumfang

		g			g
--	--	---	--	--	---

Apgar-Zahl 5'/10'

	cm		/		cm
--	----	--	---	--	----

pH-Wert (Nabelarterie)

	/			/	
--	---	--	--	---	--

auffällige Fehlbildung

ja	nein	ja	nein
----	------	----	------

Besonderheiten

Wochenbett normal ja nein

gyn. Befund normal ja nein

Hb /

Anti-D-Prophylaxe ja nein

Beratung über ausreichende Jodzufuhr während der Stillzeit erfolgt

Wochenbett

Besonderheiten (s. a. S. 32)

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

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

direkter Coombstest

Kind unauffällig entl. am

Kind verlegt am

Besonderheiten beim Kind

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynäkolog. Befund unauffällig ja nein Hb g %

RR /

Urin Z pos. E pos.

Besonderheiten _____

Mutter stillt hat nicht gestillt hat abgestillt

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

Kind: U 3 durchgeführt ja nein 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

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!)

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

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 ärztlichen Untersuchung mitbringen, insbesondere auch zur Entbindung. Ihr Mutterpass gehört zu den Dokumenten, die Sie immer sorgfältig aufbewahren sollten.