

Bundesanzeiger



Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz

ISSN 0720-6100

Jahrgang 48

Ausgegeben am Freitag, dem 21. Juni 1996

Nummer 113 a



Bekanntmachung einer Änderung der Mutterschafts-Richtlinien

Vom 14. Dezember 1995

Auf Grund der Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60a vom 27. März 1986) in der Fassung der Bekanntmachungen vom 23. August 1994 (BAnz. S. 10 449) und vom 22. November 1994 (BAnz. 1995 S. 195) (Einführung des Screening auf Hepatitis B und auf Chlamydien, Änderung der Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft) wurde eine Anpassung des Mutterpasses (Anlage 3 zu Abschnitt H. Nr. 1. der Richtlinien) notwendig. Die auf dieser Basis überarbeitete Fassung des Mutterpasses mit zusätzlichen redaktionellen Änderungen ist der Anlage zu entnehmen.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nimmt den überarbeiteten und aktualisierten Mutterpaß in der Fassung vom 6. Dezember 1995 zustimmend zur Kenntnis.

Köln, den 14. Dezember 1995

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Schroeder-Printzen



Januar 1996

1. Umschlagseite

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

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

Besonderheiten

Alter _____ Jahre Größe _____ cm Gravida _____ Para _____
A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

- Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) _____
- Frühere eigene schwere Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche _____
- Blutungs-/Thrombosenneigung _____
- Allergie gegen _____
- Frühere Bluttransfusionen _____
- Besondere psychische Belastung (z. B. familiäre oder berufliche) _____
- Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) _____
- Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangegangenen Schwangerschaften) _____
- Diabetes mellitus _____
- Adipositas _____
- Kleinwuchs _____
- Skelettanomalien _____
- Schwangere unter 18 Jahren _____
- Schwangere über 35 Jahren _____
- Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) _____
- Zustand nach Sterilitätsbehandlung _____
- Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW) _____
- Zustand nach Mangelgeburt _____
- Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen _____
- Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese _____
- Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
 ggf. welche _____
- Komplikationen post partum
 ggf. welche _____
- Zustand nach Sectio _____
- Zustand nach anderen Uterusoperationen _____
- Falsche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) _____
- Andere Besonderheiten
 ggf. welche _____

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

Terminbestimmung

Zyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
 Konzeptionstermin (soweit sicher): _____ in der _____ SSW
 Schwangerschaft festgestellt am: _____
 Berechneter Entbindungstermin: _____
 Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert): _____

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% ₆₀ (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. Isthmозervikale Insuffizienz _____ | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit _____ | |

Beratung der Schwangeren

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Ernährung, Medikamente, Genußmittel | <input type="checkbox"/> |
| b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen | <input type="checkbox"/> |
| c) Risikoberatung | <input type="checkbox"/> |
| d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik | <input type="checkbox"/> |
| e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung | <input type="checkbox"/> |

Name: _____
 Vorname: _____ geb. am: _____
 Wohnort: _____

Bei Namensänderung: Name: _____
 Wohnort: _____

Serologische Untersuchungen

Blutgruppenzugehörigkeit
 (s. Seite 2)

A B O

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

Diese Eintragungen entbinden den behandelnden Arzt nicht von seiner Sorgfaltpflicht (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

Nachweis von Chlamydia trachomatis-Antigen aus der Zervix.
 negativ positiv
 Datum der Untersuchung: _____
 Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

LSR durchgeführt am: _____
 Protokoll-Nr.: _____
 Stempel und Unterschrift des Arztes

Antikörper-Suchtest-Kontrolle
 negativ positiv, Titer 1: _____
 Datum der Untersuchung: _____
 Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

(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

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: _____

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum
 negativ positiv
 Datum der Untersuchung: _____
 Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

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, Gewicht, Größe, Geschlecht):

Besonderheiten

Alter _____ Jahre Größe _____ cm Gravida _____ Para _____

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

- Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) ja nein
- Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche _____
- Blutungs-/Thrombosenneigung _____
- Allergie gegen _____
- Frühere Bluttransfusionen _____
- Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) _____
- Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) _____
- Rhesus-inkompatibilität (bei vorangegangenen Schwangerschaften) _____
- Diabetes mellitus _____
- Adipositas _____
- Kleinwuchs _____
- Skelettanomalien _____
- Schwangere unter 18 Jahren _____
- Schwangere über 35 Jahren _____
- Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) _____
- Zustand nach Sterilitätsbehandlung _____
- Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW) _____
- Zustand nach Mangelgeburt _____
- Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen _____
- Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese _____
- Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
 ggf. welche _____
- Komplikationen post partum
 ggf. welche _____
- Zustand nach Sectio _____
- Zustand nach anderen Uterusoperationen _____
- Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) _____
- Andere Besonderheiten
 ggf. welche _____

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

Terminbestimmung

Zyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
 Konzeptionstermin (soweit sicher): _____
 Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW
 Berechneter Entbindungstermin: _____
 Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert): _____

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. Isthmозervikale 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. Eiweißausscheidung $1\%_{Ca}$ (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr
 - 48. Mittelgradige - schwere Ödeme
 - 49. Hypotonie
 - 50. Gestationsdiabetes
 - 51. Einstellungsanomalie
 - 52. Andere Besonderheiten
ggf. welche _____

Beratung der Schwangeren

- a) Ernährung, Medikamente, Genußmittel
- b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen
- c) Risikoberatung
- d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik
- e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung

Gravidogramm

Zweiter AK-Suchtest (24.-27. SSW) am: _____
 Anti-D-Phrophylaxe am: _____

Untersuchung auf Hepatitis B (32.-40. SSW) am: _____
 In der Entbindungsklinik vorgestellt am: _____

20. Schwangerenalter (SWA) / Schwangerenwoche (SWW)	21. Fundusstand / Sympt. / Funduslast	22. Kindst. / Kindermessung / Vorkont.	23. Gem. / syst. / diast.	24. RR	25. Eiw. / Sediment / ggf. Bakteriolog. Bef.	26. (Mitt) / (glu)	27. Nephrole / Urin / Steigung	28. Sonstige Befunde (z.B. Homone)	29. Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									
61									
62									
63									
64									
65									
66									
67									
68									
69									
70									
71									
72									
73									
74									
75									
76									
77									
78									
79									
80									
81									
82									
83									
84									
85									
86									
87									
88									
89									
90									
91									
92									
93									
94									
95									
96									
97									
98									
99									
100									

◀ **Besonderheiten zu den Katalogen A. und B.**
Risikoberatung (z. B. Nichtrauchen)

Veranlaßte Maßnahmen (z. B. genetische Beratung, Amniozentese)

Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft
(von/bis, Klinik, Diagnose, Therapie):

Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Befund

ULTRASCHALL-UNTERSUCHUNGEN

Datum	SSW (TA)	SSW korrigiert	I-Screening 9-12 SSW	II-Screening 19-22 SSW	III-Screening 29-32 SSW	Bemerkungen:	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 Vitalität: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Gonorrhoeales Ödem: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Erfolg: <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: Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Erfolg: <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: Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Auffälligkeiten: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Weiterführende Untersuchung veranlaßt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
						Hinweiszeichen hinsichtlich: Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Körperentwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Körpermaß: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko fetale Strukturen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Herzaktionen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Bewegungen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Weiterführende Untersuchung veranlaßt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
						Hinweiszeichen hinsichtlich: Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Körperentwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Körpermaß: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko fetale Strukturen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Herzaktionen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Bewegungen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Ko Weiterführende Untersuchung veranlaßt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynäkol. Befund unauffällig ja nein Hb g%

RR /

Urin Z pos. E pos. Sediment o.B.

Besonderheiten _____

Mutter stillt noch hat nicht gestillt hat abgestellt

Kind: U₃ durchgeführt

1. Kind ja nein

2. Kind (Zwilling) ja nein

lebt und ist gesund

ja nein

ja nein

ist lt. U₃ behandlungsbedürftig

ja nein

ja nein

ist verstorben am

2. Untersuchung nach Entbindung (6-8. Woche)

Untersuchungsdatum _____

Unterschrift/Stempel _____

HINWEIS AN DIE MUTTER

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

- Gehen Sie etwa 6 – 8 Wochen nach der Entbindung zur Nachuntersuchung (Mutterpaß nicht vergessen!)
- Bringen Sie Ihr Kind zu allen Früherkennungsuntersuchungen bei Ihrem Haus- oder Kinderarzt (U₂ – U₉), gelbes Untersuchungsheft mitbringen!

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.