

**Einlegeblatt zum Mutterpaß
des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen**

Name _____

Ergebnisse weiterer Laboruntersuchungen:

**Nach Abschnitt A. Nr. 2. b)
der Mutterschafts-Richtlinien:**

Datum der
Untersuchung _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

**Nachweis von
Chlamydia trachomatis-Antigen
aus der Zervix**

negativ positiv

**Nach Abschnitt C. Nr. 3
der Mutterschafts-Richtlinien:**

Datum der
Untersuchung _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

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

negativ positiv

Stempel und Unterschrift des Arztes

Stempel und Unterschrift des Arztes