Februar 2011

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!

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 Rötelnschutz

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-Impfung

Nachweis über zwei erfolgte Röteln-impfungen 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 Unter-suchungen: _____

_____

Diese Antigen-Version ist nicht r

Stempel des Arztes

Unterschrift des Arztes

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 4)

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-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

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

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

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

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 ❑
g) Zur Zahngesundheit ❑

Diese Anlagen-Version ist nick

icht

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. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr
48. Mittelgradige – schwere Ödeme
49. Hypotonie
50. Gestationsdiabetes
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: _____

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

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

In der Entbindungsklinik vorgestellt am: _____

	Datum	Schwanger-schaftswoche	SSW ggf. Korr.	Fundusstand Symph.-Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung	Ödeme	Varikosis	Gewicht	RR syst./diast.	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

Diese Anlagen-Version ist n

nicht m

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: ❍ ja ❍ nein Embryo darstellbar: ❍ ja ❍ nein Herzaktion: ❍ ja ❍ nein Mehrlinge: ❍ nein ❍ ja monochorial: ❍ nein ❍ ja Auffälligkeiten: ❍ nein ❍ ja	Zeitgerechte Entwicklung: ❍ ja ❍ nein ❍ Kontrolle Konsiliaruntersuchung veranlasst: ❍ nein ❍ ja				Bemerkungen:

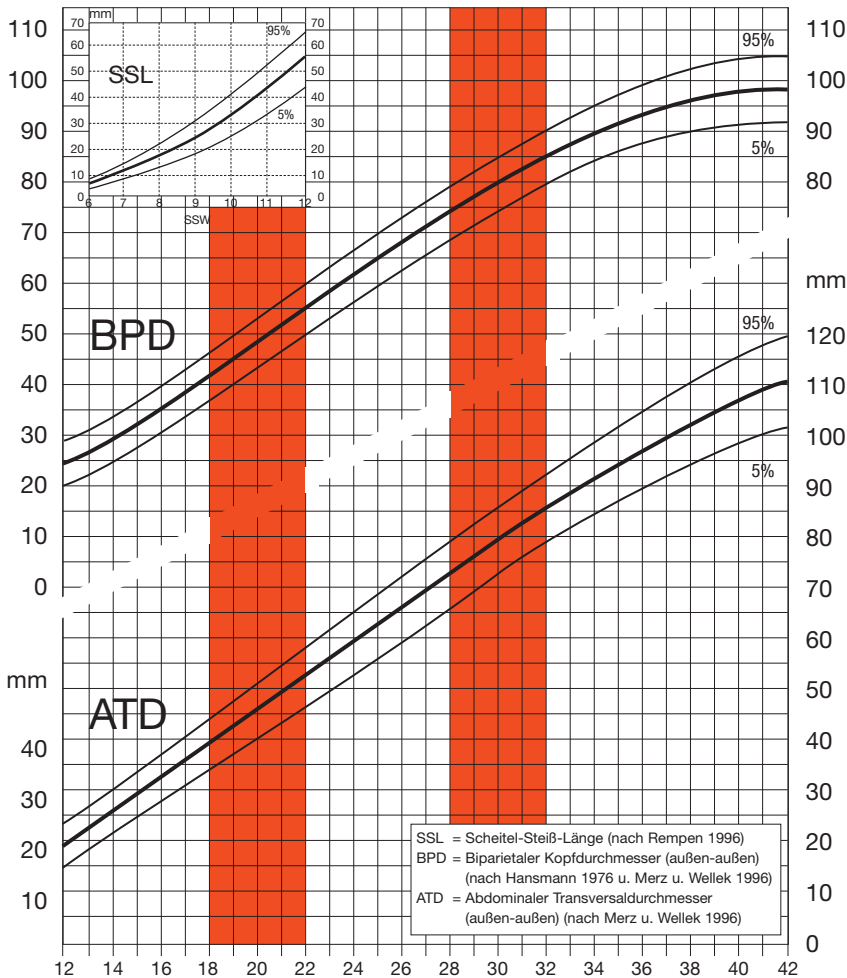
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 19.-22. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: ❍ ja ❍ nein Lebenszeichen: ❍ ja ❍ nein Plazentalok./-struktur: ❍ normal ❍ Kontrolle Kommentar: Zeitgerechte Entwicklung: ❍ ja ❍ nein ❍ Kontrolle	Fruchtwassermenge: ❍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

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

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

Diese Anlagen-Version ist nick

Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf



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)

Diese Anlagen-Version ist nick

Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Schwangerschaft

Alter ☐☐ alleinstehend ☐ deutsch ☐

andere _____

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

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Geburt

Datum ☐☐☐☐☐☐ SSW ☐☐ extern entbunden ja

	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

Wochenbett normal ja nein gyn. Befund normal ja nein

Hb ☐☐☐ RR ☐☐☐ / ☐☐☐

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

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.	
direkter Coombstest	neg.		pos.		neg.		pos.	
Kind unauffällig entl. am	☐☐☐☐☐☐				☐☐☐☐☐☐			
Kind verlegt am	☐☐☐☐☐☐				☐☐☐☐☐☐			
Kind verstorben am	☐☐☐☐☐☐				☐☐☐☐☐☐			

Datum der Entlassungsuntersuchung _____ Unterschrift/Stempel _____

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 ☐

	1. Kind		2. Kind (Zwilling)	
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

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

Diese Anlagen-Version ist nicht

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 Rötelnschutz

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-Impfung

Nachweis über zwei erfolgte Röteln-impfungen 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 Unter-suchungen: _____

_____

Diese Vorlagen-Version ist nicht r

Stempel des Arztes

Unterschrift des Arztes

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-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

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)

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

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

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 ❑
g) Zur Zahngesundheit ❑

Diese Anlagen-Version ist n

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. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr
48. Mittelgradige – schwere Ödeme
49. Hypotonie
50. Gestationsdiabetes
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: _____

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

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

In der Entbindungsklinik vorgestellt am: _____

	Datum	Schwanger-schaftswoche	SSW ggf. Korr.	Fundusstand Symph.-Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung	Ödeme Varikosis	Gewicht	RR syst./diast.	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

Diese Anlagen-Version ist

nicht m

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: ❍ ja ❍ nein Embryo darstellbar: ❍ ja ❍ nein Herzaktion: ❍ ja ❍ nein Mehrlinge: ❍ nein ❍ ja monochorial: ❍ nein ❍ ja Auffälligkeiten: ❍ nein ❍ ja	Zeitgerechte Entwicklung: ❍ ja ❍ nein ❍ Kontrolle Konsiliaruntersuchung veranlasst: ❍ nein ❍ ja				Bemerkungen:

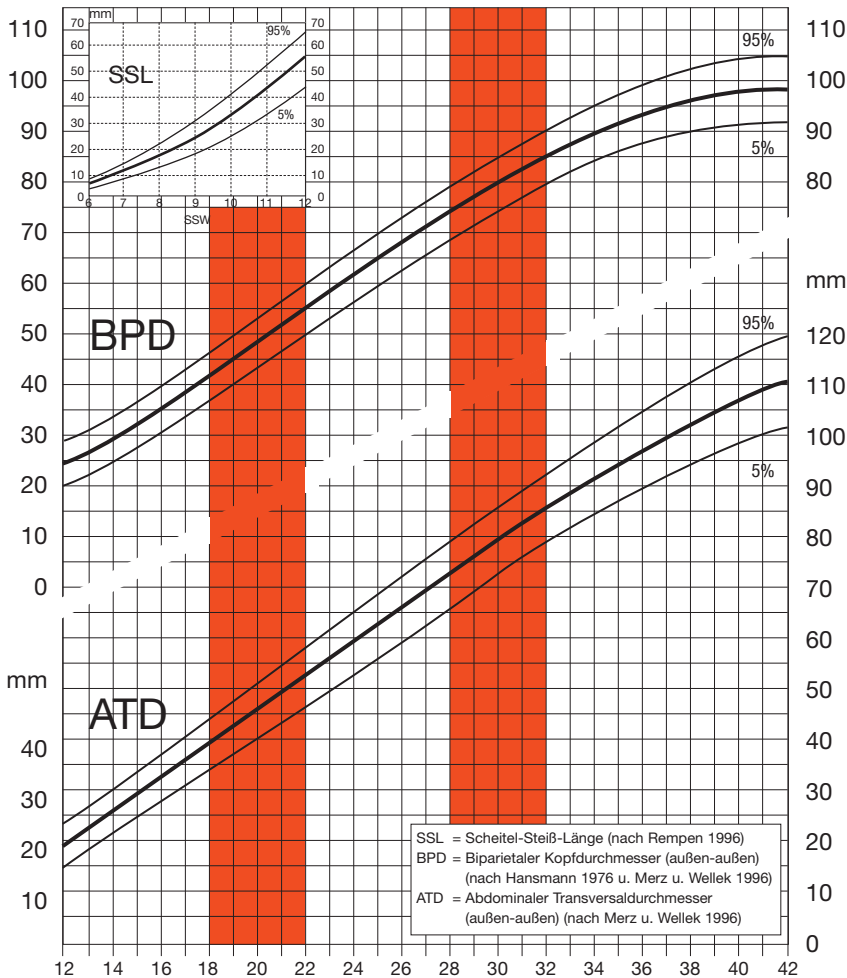
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 19.-22. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: ❍ ja ❍ nein Lebenszeichen: ❍ ja ❍ nein Plazentalok./-struktur: ❍ normal ❍ Kontrolle Kommentar: Zeitgerechte Entwicklung: ❍ ja ❍ nein ❍ Kontrolle	Fruchtwassermenge: ❍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

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

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

Diese Anlagen-Version ist nick

Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf



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)

Diese Anlagen-Version ist nick

Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Schwangerschaft

Alter ☐☐ alleinstehend ☐ deutsch ☐

andere _____

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

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Geburt

Datum ☐☐☐☐☐☐ SSW ☐☐ extern entbunden ja

	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

Wochenbett normal ja nein gyn. Befund normal ja nein

Hb ☐☐☐ 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; Rh pos. / Rh neg.	A / B / O / AB; 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 _____

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 ☐

	1. Kind		2. Kind (Zwilling)	
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

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

Diese Anlagen-Version ist nicht

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!)

Herausgeber:

Gemeinsamer
Bundesausschuss

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.