



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 Rötelschutz

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 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: _____

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-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

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

Jahr	Ausgang der Schwangerschaften und Geburten (Spontangeburt, Sectio, vag. Operation, Abort, Abruption, 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 _____) | <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 vorausgegangenen Entbindungen
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

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

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%
(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. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |
-

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: _____

1.	Datum	Schwanger- schaftswoche	SSW ggf. Korr.	Fundusstand Symph.- Furcusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung Ödeme Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Sediment ggf. Bakteriolog. Bef.				Eiweiß	Zucker	(Nitrit)	(Blut)	Vaginale Unter- suchung	Platikenr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen		
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

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: <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"/> nein <input type="radio"/> ja	Zeitgerechte <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Entwicklung: <input type="radio"/> Kontrolle					
			Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:					
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 19.-22. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: <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:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
			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:				Biometrie II (4 Maße)
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	III. Screening 29.-32. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Kindslage: Lebenszeichen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
			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:				Biometrie III (4 Maße)

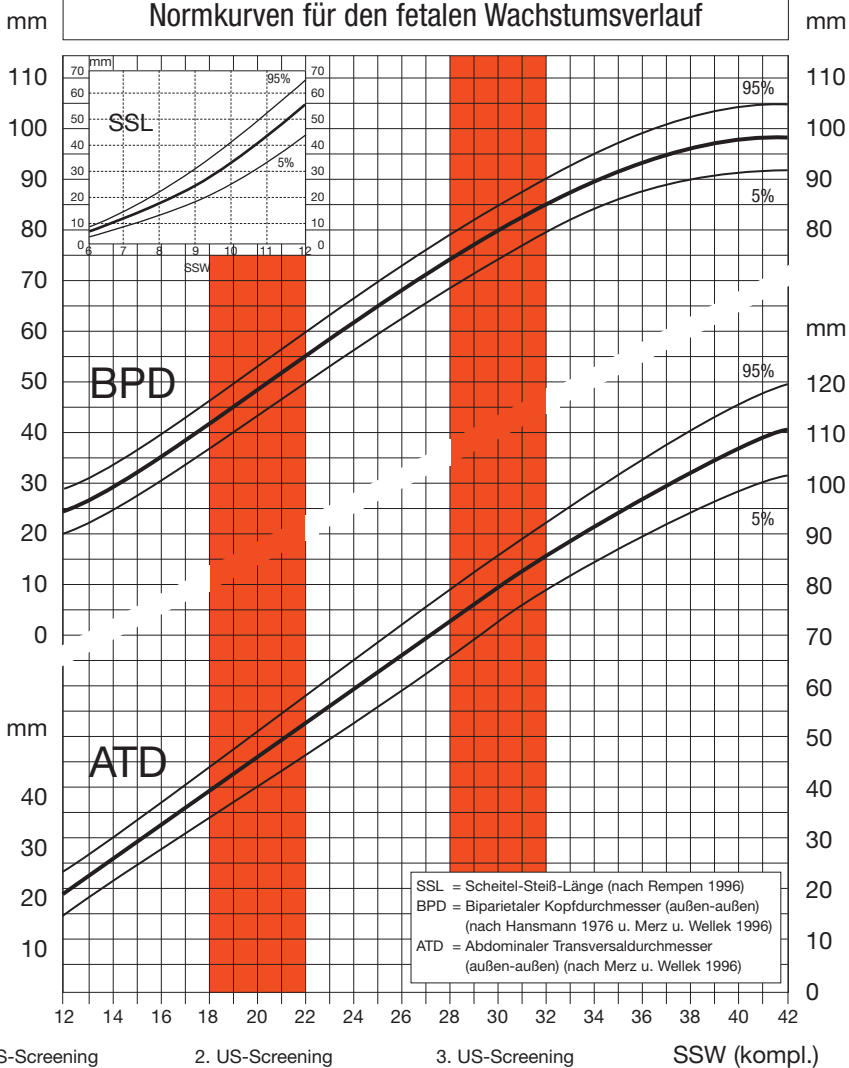
Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach Anlage 1 b

zu den Mutterschafts-Richtlinien

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

Diese Anlagen-Version ist nicht

Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf



1. US-Screening

2. US-Screening

3. US-Screening

SSW (kompl.)

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

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								

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

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

Kind: U 3 durchgeführt

1. Kind

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 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

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 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: _____

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

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

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

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, Abruption, 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 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

Beratung der Schwangeren

- | | |
|---|--------------------------|
| a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel (Alkohol, Tabak und andere Drogen) | <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"/> |
| f) Zum HIV-Antikörpertest | <input type="checkbox"/> |
| g) Zur Zahngesundheit | <input type="checkbox"/> |

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%
(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. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |

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: _____

1.	Datum	Schwanger- schaftswoche	SSW ggf. Korr.	Fundusstand Symph.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung	Ödeme Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Sediment ggf. Bakteriolog. Bef.				Eiweiß	Zucker	(Nitrit)	(Blut)	Vaginale Unter- suchung	Platiko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen			
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

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 9.-12. SSW	Zeitgerechte Entwicklung:	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 Mehrlinge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja monochorial: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Auffälligkeiten: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Zeitgerechte <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Entwicklung: <input type="radio"/> Kontrolle					
			Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:					
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 19.-22. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: <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:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
			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:				Biometrie II (4 Maße)
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	III. Screening 29.-32. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: <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:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
			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:				Biometrie III (4 Maße)

Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach Anlage 1 b

zu den Mutterschafts-Richtlinien

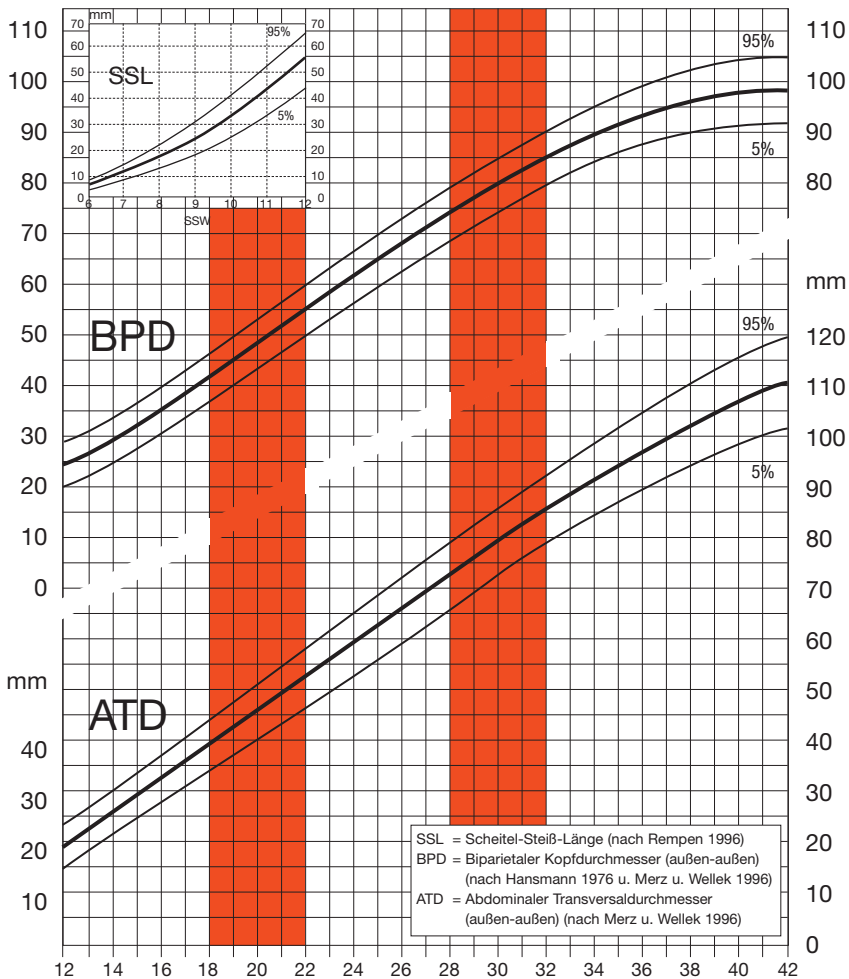
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar,
Untersucher/Stempel)

Diese Anlagen-Version ist nicht

Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

mm

mm



mm

mm

mm

mm

mm

mm

mm

mm

mm

mm

mm

mm

mm

mm

mm

1. US-Screening

2. US-Screening

3. US-Screening

SSW (kompl.)

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

Schwangerschaft

Alter	<input type="text"/> <input type="text"/>	alleinstehend	<input type="checkbox"/>	deutsch	<input type="checkbox"/>
				andere	_____
Schwangerschaften (mit dieser)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Geburten (mit dieser)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Erst-Untersuchung in SSW	<input type="text"/> <input type="text"/>
Anzahl der Vorsorge- Untersuchungen	<input type="text"/> <input type="text"/>	vor Entbindung in Klinik vorgestellt	<input type="checkbox"/>	stat. Aufenthalt ante partum in Wochen	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nach Katalog A/B (Seite 21 und 22) dokumentierte wichtigste Risikokennzeichen					
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Geburt

Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SSW	<input type="text"/> <input type="text"/>	extern entbunden	<input type="checkbox"/>	ja
		1. Kind		2. Kind (Zwilling)		
Lebendgeburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		
Geburtsmodus	<input type="checkbox"/> sp <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> vag. Op.	<input type="checkbox"/> sp <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> vag. Op.		<input type="checkbox"/> sp <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> vag. Op.		
Kindslage	<input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> BEL <input type="checkbox"/> QL	<input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> BEL <input type="checkbox"/> QL		<input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> BEL <input type="checkbox"/> QL		
Gewicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g		
Länge/Kopfumfang	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> cm		
Apgar-Zahl 5'/10'	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>		<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"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
auffällige Fehlbildung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Besonderheiten _____						

Wochenbett

Wochenbett normal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gyn. Befund normal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hb	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Anti-D-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beratung über ausreichende Jodzufuhr während der Stillzeit erfolgt	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten (s. a. S. 32) _____			

	1. Kind	2. Kind (Zwilling)																								
Blutgruppe und Untergruppen (nur bei RH neg.-Mutter; kein Ausweis!)	<table border="1"><tr><td>A</td><td>B</td><td>O</td><td>AB</td></tr><tr><td>Rh pos.</td><td>Rh neg.</td><td>Rh pos.</td><td>Rh neg.</td></tr><tr><td>neg.</td><td>pos.</td><td>neg.</td><td>pos.</td></tr></table>	A	B	O	AB	Rh pos.	Rh neg.	Rh pos.	Rh neg.	neg.	pos.	neg.	pos.	<table border="1"><tr><td>A</td><td>B</td><td>O</td><td>AB</td></tr><tr><td>Rh pos.</td><td>Rh neg.</td><td>Rh pos.</td><td>Rh neg.</td></tr><tr><td>neg.</td><td>pos.</td><td>neg.</td><td>pos.</td></tr></table>	A	B	O	AB	Rh pos.	Rh neg.	Rh pos.	Rh neg.	neg.	pos.	neg.	pos.
A	B	O	AB																							
Rh pos.	Rh neg.	Rh pos.	Rh neg.																							
neg.	pos.	neg.	pos.																							
A	B	O	AB																							
Rh pos.	Rh neg.	Rh pos.	Rh neg.																							
neg.	pos.	neg.	pos.																							
direkter Coombstest	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
Kind unauffällig entl. am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
Kind verlegt am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
Kind verstorben am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								

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

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

Kind: U 3 durchgeführt

	1. Kind	2. Kind (Zwilling)
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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!)

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.