



## 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: \_\_\_\_\_

### Influenza-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 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 3

## 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

- |  | 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                | 43. Harnwegsinfektion                                   |
| 29. Abusus                         | 44. Indirekter Coombstest positiv                       |
| 30. Besondere psychische Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden           |
| 31. Besondere soziale Belastung    | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90)                  |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW      | 47. Pathologische Eiweißausscheidung                    |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW     | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme                       |
| 34. Placenta praevia               | 49. Hypotonie   |
| 35. Mehrlingsschwangerschaft       | 50. Gestationsdiabetes                                  |
| 36. Hydramnion                     | • Vortest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein      |
| 37. Oligohydramnie                 | • Diagnosetest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein |
| 38. Terminunklarheit               | 51. Einstellungsanomalie                                |
| 39. Placenta-Insuffizienz          | 52. Andere Besonderheiten                               |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz   | ggf. welche _____                                       |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit      | _____   |
| 42. Anämie                         | _____   |

## 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	Schwanger- schaftswoche	SSW ggf. Kort.	Fundusstand Sympt.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung Colerae Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Sediment ggf. Bakteriolog. Bef.	Eiweiß	Zucker	(Nitrit)	(Blut)	Vaginale Unter- suchung	Platte/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

# 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"/> ja <input type="radio"/> nein monochorial: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein 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"/> ja <input type="radio"/> nein					
					Bemerkungen:				
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW		BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
			<b>a)</b> 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>b)</b> <b>Kopf:</b> 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  <b>Hals und Rücken:</b> Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Thorax:</b> 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  <b>Rumpf:</b> 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					
					<b>Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich</b>				
					Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle				
					körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle				
					Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle				
					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	<b>Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich</b>  Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle  Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle					
					Bemerkungen:			Biometrie III	

**Ultraschall-Kontrolluntersuchungen** nach **Anlage 1 b**

zu den Mutterschafts-Richtlinien

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

---

---

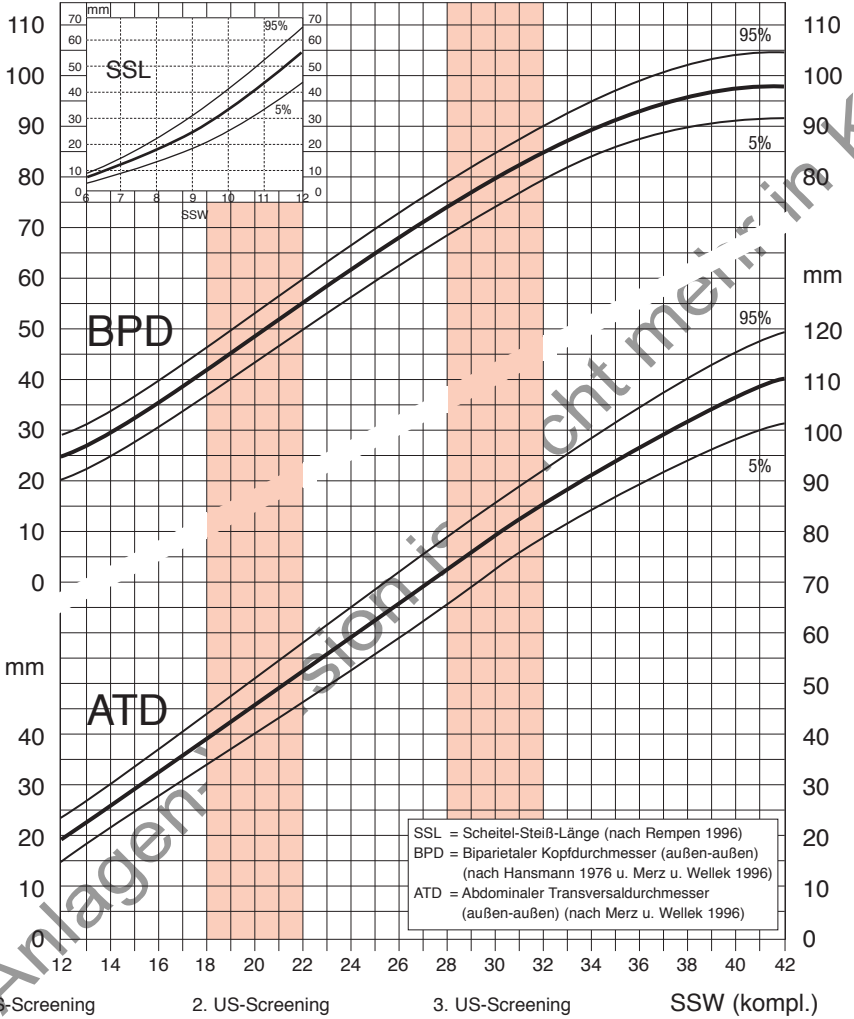
---

Die Anlagen-Version ist nicht mehr in K

mm

# Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

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

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	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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Länge/Kopfumfang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ <input type="text"/>
Apgar-Zahl 5'/10'	<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"/>
auffällige Fehlbildung	ja	nein		ja	nein	
Besonderheiten	<input type="text"/>					

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.-Mütter; kein Ausweis!)	A	B	O	AB	A	B	O	AB
direkter Coombstest	Rh pos.		Rh neg.		Rh pos.		Rh neg.	
Kind unauffällig entl. 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"/>
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	<input type="text"/>							

Besonderheiten im Wochenbett \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

gynäkol. Befund unauffällig  ja  nein Hb    g %

RR    /

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

Besonderheiten \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Mutter stillt  hat nicht gestillt  hat abgestillt

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 

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

ist lt. U 3 behandlungsbedürftig 

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

ist verstorben am

se Anlä...

tion ist nicht mehr in K...

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: \_\_\_\_\_

### Influenza-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

## Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

Jahr	Ausgang der Schwangerschaften und Geburten (Spontangeburt, Sectio, vag. Operation, Abort, Abruption, 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<br>ggf. welche _____   | <input type="checkbox"/> | 21. | <input type="checkbox"/> |
| 22. Komplikationen post partum<br>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<br>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<br>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                | 43. Harnwegsinfektion                                  |
| 29. Abusus                         | 44. Indirekter Coombstest positiv                      |
| 30. Besondere psychische Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden          |
| 31. Besondere soziale Belastung    | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90)                 |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW      | 47. Pathologische Eiweißausscheidung                   |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW     | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme                      |
| 34. Placenta praevia               | 49. Hypotonie  |
| 35. Mehrlingsschwangerschaft       | 50. Gestationsdiabetes                                 |
| 36. Hydramnion                     | • Vortest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein     |
| 37. Oligohydramnie                 | • Diagnostest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein |
| 38. Terminunklarheit               | 51. Einstellungsanomalie                               |
| 39. Placenta-Insuffizienz          | 52. Andere Besonderheiten                              |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz   | ggf. welche _____                                      |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit      | _____  |
| 42. Anämie                         | _____  |

## 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	Schwanger- schaftswoche	SSW ggf. Kort.	Fundusstand Sympt.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung Oterme Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Sediment ggf. Bakteriolog. Bef.	Eiweiß	Zucker (Nitrit)	(Blut)	Vaginale Unter- suchung	Platte/Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		
10.																		
11.																		
12.																		
13.																		
14.																		

Diese Anlage ist keine Kopie

Kraft ist nicht

Kraft

**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	
			<b>a)</b> 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>b) Kopf:</b> 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  <b>Hals und Rücken:</b> Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Thorax:</b> 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  <b>Rumpf:</b> 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				<b>Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich</b>		
					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	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)

---

---

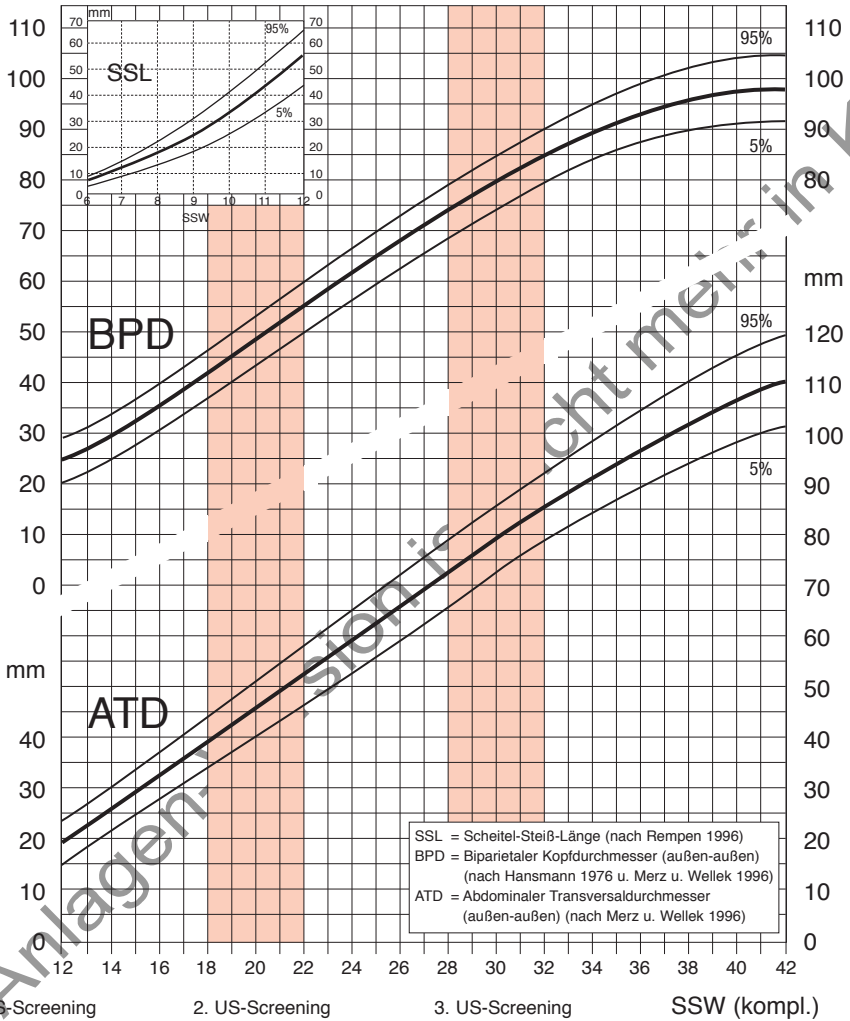
---

Die Anlagen-Version ist nicht mehr in K

# Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

mm

mm



**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

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

ja  nein

2. Kind (Zwilling)

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

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) \_\_\_\_\_

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

1. Kind

A	B	O	AB
Rh pos.	Rh neg.		
neg.	pos.		

2. Kind (Zwilling)

A	B	O	AB
Rh pos.	Rh neg.		
neg.	pos.		

direkter Coombstest

Kind unauffällig entl. am

Kind verlegt am

Besonderheiten beim Kind \_\_\_\_\_

Besonderheiten im Wochenbett \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

gynäk. 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

se Anlä

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**

Postfach 12 06 06  
10596 Berlin  
[www.g-ba.de](http://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.