



Sihah Muda

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

<p>1</p> <p>Ayla Lichten Fachärzt*in für Gynäkologie und Geburtshilfe Sensorbergstr. 698 98654 Prüflingen 0981 6743 1593</p>	<p>2</p> <p>Elke Warmhand Hebamme Niderkunftstr. 43 98654 Kreisstadt 0981 8543 487</p>
<p>3</p>	<p>4</p>

Mein nächster Untersuchungstermin:

Tag	Uhrzeit	Tag	Uhrzeit

Name: Sihah

Vorname: Muda geb. am: 03.10.xx

Wohnort: Am Heimweg 3

98765 Schwangerhausen

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Laboruntersuchungen und Rötelschutz

Blutgruppenzugehörigkeit

A B O

B

RhD-Status der Schwangeren,
RhD-positiv/RhD-negativ *)

Rhesus Positiv

*) RhD-positiv bzw. RhD-negativ wörtlich eintragen

Diese Eintragungen entbinden den behandelnden Arzt nicht von seiner Sorgfaltspflicht (z.B. Kreuzprobe)

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: 91828463

Antikörper-Suchtest

negativ ☒ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: 91828463

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 Untersuchungen: _____

Influenza-Impfung in der Schwangerschaft ja ☐ nein ☒

Pertussis-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: 91923740 _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: 91828463 _____

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: 91562126 _____

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: 91788735 _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Bestimmung des fetalen *RHD*-Status bei RhD-negativen Schwangeren mittels NIPT-*RHD*

RHD-Status des Feten,
RHD-positiv/*RHD*-negativ *) /
Kein Ergebnis

Datum der
Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

*) *RHD*-positiv bzw. *RHD*-negativ wörtlich eintragen

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):
	Erstgebärende

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 ²⁰ _____ Jahre Gewicht vor SS-Beginn _____ kg Größe _____ cm
 Gravida ¹ _____ Para ⁰ _____

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

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

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

Besonderheiten

CMV IgG neg. <5.0 IU/ml
 CMV: Schutz vor
 Primärinfektion nicht
 gewährleistet.

HIV Test durchgeführt:
 ja
 Labor Nr: 91828463

T. gondii neg. <0.2 IU/ml
 Toxoplasmose: Kontakt zu
 rohem Fleisch und Katzenkot
 meiden!

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: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein auffällig: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| 37. Oligohydramnie | • Diagnosetest durchgeführt: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein auffällig: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| 38. Terminunklarheit | 51. Einstellungsanomalie |
| 39. Placenta-Insuffizienz | 52. Andere Besonderheiten |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz | ggf. welche _____ |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | _____ |
| 42. Anämie | _____ |

Terminbestimmung

Zyklus ³¹ _____ / 6 _____ normalstark
schmerzhaft 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 Symph.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung Ödeme Varikosis	Gewicht	RR syst./ diast.	Hb (Eryl)	Erweiß Zucker	Vaginale Unter- suchung	Risiko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.		9 + 6	9 + 1	3 ↑ S	quer	+	/	kg	117 70	13,8 g/dl	Ø Ø Ø Ø	MM g PO		BE: Feststellung der Schwangerschaft pH = 4,0
2.			13 + 0	5 ↑ S	SL	+	+	-0,1 kg	100 60		Ø Ø Ø Ø	"		pH 4,0
3.			16 + 6	13 cm S-N		+	Ø Ø Ø		110 65		Ø Ø Ø Ø	/		Kennenlernen, Wohlbefinden Heb. E. Warmhand
4.			21 + 1	N ↑ N	SL	+	+	+4,5 kg	110 70		Ø Ø Ø Ø	Ø gewünscht		Pat. lehnt vag U ab U-Stix am nächsten Tag o.B.
5.			27 + 2	N+2 27 cm 90 cm	li. schräg	+	Ø Ø	nüna +9,1 kg	120 65	10,7 g/dl *	Ø Ø Ø Ø	/		BE: kl. BB, 2. AkSt, GCT Heb. E. Warmhand
6.			31 + 5	3 ↓ RB	SL	+	+	+12,1 kg	160 70		Ø Ø Ø Ø	Ø gewünscht		
7.			34 + 1	RB-3 32 cm 96 cm	post. SL	+	Ø +		120 70		Ø Ø Ø Ø	/		Heb. E. Warmhand
8.			35 + 6	RB-1 35 cm	li post SL	+	Ø +		110 65	11,1 g/dl *	Ø Ø Ø Ø	/		GBS- Aufklärungsgespräch Heb. E. Warmhand
9.			38 + 0	RB 37 cm	li. SL	+	Ø +		115 70		spur Ø Ø Ø	/		GBS- vaginaler Abstrich nicht gewünscht Heb. E. Warmhand
10.									/					
11.									/					
12.									/					
13.									/					
14.									/					



Besonderheiten zu den Katalogen A. und B.
(einschließlich veranlasster Maßnahmen)

Feindiagnostik durchgeführt am
siehe Befund Dr. Reingucker

Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

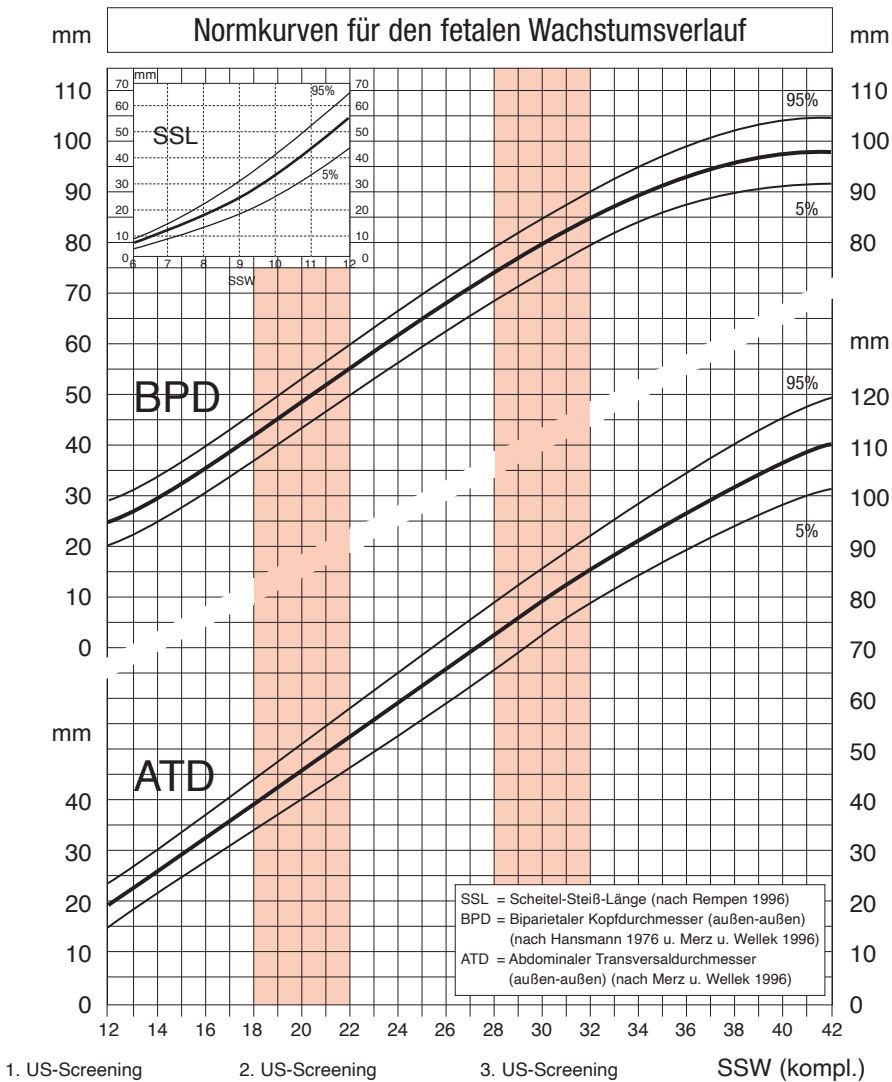
(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 8 + 0 bis 11 + 6 SSW		FS	SSL	BPD	Biometrie I	
	9+6	9+1	Intrauteriner Sitz: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Embryo darstellbar: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzaktion: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Mehrlinge: <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja monochorial: <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Auffälligkeiten: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Zeitgerechte Entwicklung: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		2,5			
					Bemerkungen:				
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW		BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
	21+1		a) Einling: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzaktion: <input checked="" 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) Kopf: Ventrikelauffälligkeiten <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein Auffälligkeiten der Kopfform <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein Darstellbarkeit des Kleinhirns <input checked="" type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein Hals und Rücken: Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein	Thorax: Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose) <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein Linkssseitige Herzposition <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Persistierende Arrhythmie im Untersuchungszeitraum <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein eingeschränkt Rumpf: Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein Darstellbarkeit des Magens im linken Oberbauch <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Darstellbarkeit der Harnblase <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		19		17	3,3
					Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich 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)		III. Screening 28 + 0 bis 31 + 6 SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
	31+5		Einling: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Kindslage: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzaktion: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input checked="" type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar: Zeitgerechte Entwicklung: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Fruchtwassermenge: <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		30		28	6,0
					Bemerkungen: Biometrie III				

Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach Anlage 1 b

zu den Mutterschafts-Richtlinien

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



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

Datum

SSW

extern entbunden

Geburt

Lebendgeburt

1. Kind

2. Kind (Zwilling)

Geschlecht

Geburtsmodus

Kindslage

Gewicht

g

g

Länge/Kopfumfang

cm

cm

Apgar-Zahl 5'/10'

pH-Wert (Nabelarterie)

auffällige Fehlbildung

Besonderheiten

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)

Wochenbett

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

1. Kind

2. Kind (Zwilling)

Kind unauffällig entl. am

Kind verlegt am

Besonderheiten beim Kind

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynäkol. Befund unauffällig ☐ ja ☐ nein Hb g %

RR /

Urin ☐ Z pos. ☐ E pos.

Besonderheiten _____

Mutter stillt ☐ hat nicht gestillt ☐ hat abgestillt ☐

2. Untersuchung nach Entbindung
(etwa 6. bis spätestens 8. Woche)

Kind: U 3 durchgeführt

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

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

RhD-Status der Schwangeren,
RhD-positiv/RhD-negativ *)

*) RhD-positiv bzw. RhD-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: _____

Influenza-Impfung in der
Schwangerschaft ja ☐ nein ☐

Pertussis-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

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

Bestimmung des fetalen *RHD*-Status bei RhD-negativen Schwangeren mittels NIPT-*RHD*

RHD-Status des Feten,
RHD-positiv/*RHD*-negativ *) /
Kein Ergebnis

Datum der
Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

*) *RHD*-positiv bzw. *RHD*-negativ wörtlich eintragen

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):

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 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 Symph.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung Ödeme Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Erweiß Urin	Zucker	Vaginale Unter- suchung	RisikoNr. 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	Zeitgerechte <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
			Embryo darstellbar: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Entwicklung: <input type="radio"/> Kontrolle				
			Herzaktion: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
			Mehrlinge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Konsiliaruntersuchung	Bemerkungen:			
			monochorial: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
			Auffälligkeiten: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle					

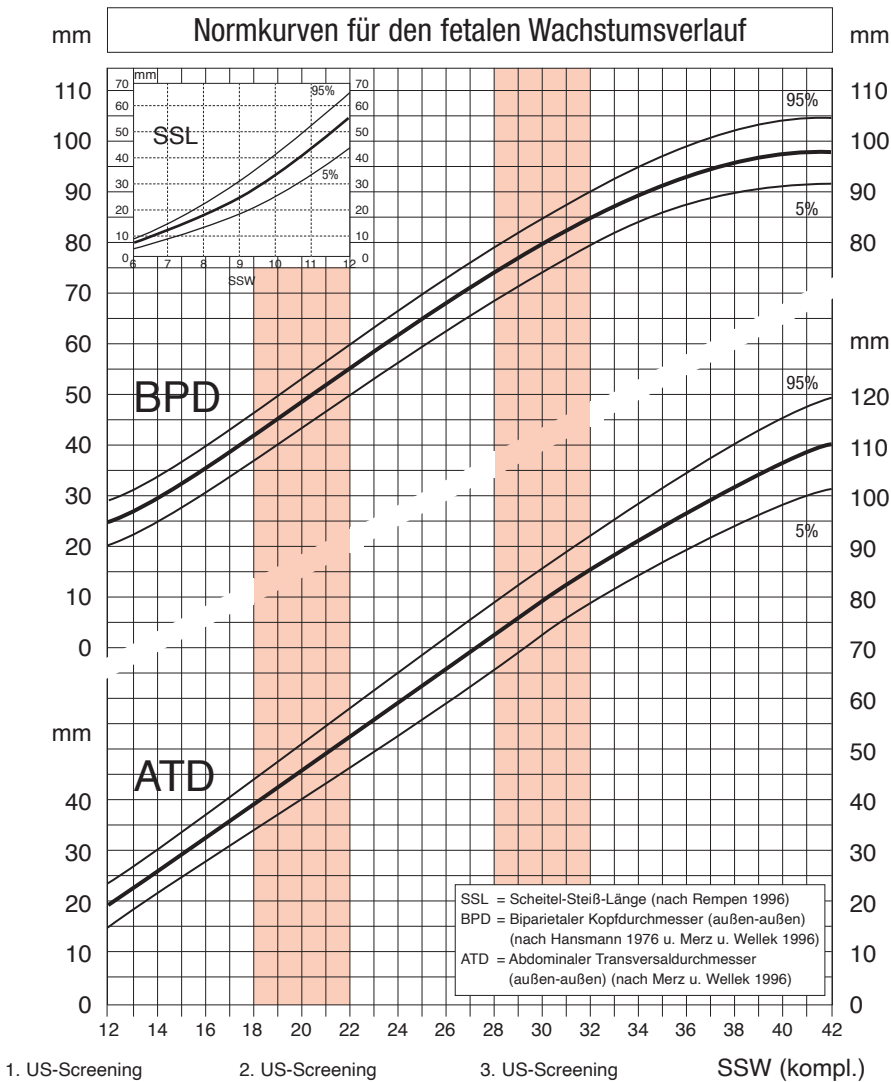
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW		BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
			a)	Thorax:					
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
			Herzaktion: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Linksseitige Herzposition <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
			Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle	Persistierende Arrhythmie im Untersuchungszeitraum <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich				
			Kommentar:	Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
			Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle		körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
			b)	Rumpf:	Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
			Kopf:	Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bemerkungen:				
			Ventrikelauffälligkeiten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Darstellbarkeit des Magens <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Biometrie II				
			Auffälligkeiten der Kopfform <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Darstellbarkeit der Harnblase <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
			Darstellbarkeit des Kleinhirns <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						
			Hals und Rücken:						
			Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						

Datum	SSW (LR)		III. Screening 28 + 0 bis 31 + 6 SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
			Kindslage: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
			Herzaktion: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein						
			Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle		Bemerkungen:				
			Kommentar:		Biometrie III				
			Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					

Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach **Anlage 1 b**

zu den Mutterschafts-Richtlinien

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



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 normal

ja	nein
----	------

gyn. Befund normal

ja	nein
----	------

Hb

RR

 /

Anti-D-Prophylaxe

ja	nein
----	------

Beratung über ausreichende Jodzufuhr
während der Stillzeit erfolgt

Wochenbett

Besonderheiten (s. a. S. 32)

Blutgruppe und

Untergruppen

(nur bei RH neg.-
Mutter; kein Ausweis!)

direkter Coombstest

Kind unauffällig entl. am

Kind verlegt am

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.		

Besonderheiten beim Kind

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynäkol. Befund unauffällig ☐ ja ☐ nein Hb g %

RR /

Urin ☐ Z pos. ☐ E pos.

Besonderheiten _____

Mutter stillt ☐ hat nicht gestillt ☐ hat abgestillt ☐

2. Untersuchung nach Entbindung
(etwa 6. bis spätestens 8. Woche)

Kind: U 3 durchgeführt

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

Postfach 12 06 06
10596 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.