



Inhee Amir

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 Incegebe Fachärzt*in für Gynäkologie und Geburtshilfe Sensorbergstr. 698 01668 Halle/Saale 0345 7654 2832</p>	<p>2</p> <p>Elke Warmhand Hebamme Niderkunftstr. 43 01654 Kreisstadt 0345 8543 487</p>
<p>3</p>	<p>4</p>

Mein nächster Untersuchungstermin:

Tag	Uhrzeit	Tag	Uhrzeit

Name: Amir

Vorname: Inhee geb. am: 03.10.xxxx

Wohnort: Am Heimweg 85

01614 Schwangerhausen

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Laboruntersuchungen und Rötelschutz

Blutgruppenzugehörigkeit

A B O

B

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

B 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: 7+0 SSW

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: INA3874 5746

Antikörper-Suchtest

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: INA3874 5746

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: INA3874 5746

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: 7+1 SSW

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: INA3874 5755

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: INA3874 5746

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 4)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: 24+5 SSW

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: INA3874 5813

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: 34+0 SSW

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: INA3874 5865

Stempel und Unterschrift des Arztes 3

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):
vor 2 Jahren	diätetisch eingestellter Gestationsdiabetes spontaner Geburtsbeginn, Oxyoticon zur Wehensteigerung im Geburtsverlauf, vaginale Geburt, vaginale Geburtsverletzung 2°, männl., 3.040 g, 34 cm KU 5-6 Monate voll gestillt, insgesamt zwei Jahre

Beratung der Schwangeren

- a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel
- 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 28 Jahre Gewicht vor SS-Beginn 53 kg Größe 151 cm
 Gravida 2 Para 1

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

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

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

Besonderheiten

7+0 SSW
 Folsäure 9,0 ng/ml
 HbA 1c 4,9%
 HbA 1c (IFCC-Standard) 30,3 mmol/mol

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

75g OGTT in 24+5 SSW:
nüchtern 74 mg/dl
1 h 191 mg/dl
2 h 168 mg/dl

Terminbestimmung

Zyklus 26-29 / 5 normalstark Letzte Periode 07.02.xxxx

Konzeptionstermin (soweit sicher): _____

Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der 7+0 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. Kort.	Fundusstand Symph.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung	Ödeme Varikosis	Gewicht	RR re. Arm syst./ diast.	g/dl Hb (Eryl)	Einweiß		Zucker	Vaginale Unter- suchung	Risiko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
												Urin					
1.	27.03.	7+0			Ø	Ø	Ø	Ø	100 70	11,7		Ø	Ø	Ø	Ø		BE: Chlamydien aus Urin am folgenden Tag Anbindung an Ernährungsberatung aufgrund von DGDM in vorangegangener Schwangerschaft selbstständige Gewichtsbestimmung
2.	21.04.	10 +4			+	+	Ø	Ø	58 113 64			Ø	Ø	Ø	Ø		
3.	19.05.	14 +1		S-N 12 cm 85 cm	+	+	Ø	Ø	150 158			Ø	Ø	Ø	Ø		leichte Übelkeit
4.	16.06.	18 +4		N+1 18 cm 89 cm	+	+	Ø	Ø	142			Ø	Ø	Ø	Ø		
5.	11.07.	20 +1			+	+	Ø	Ø	63 98 59			Ø	Ø	Ø	Ø		
6.	29.07.	24 +5		N+3 24 cm 94 cm	schräg 5	+	+	Ø	Ø	139	11,1	Ø	Ø	Ø	Ø		BE: kl. BB, 75g OGTT
7.	08.08.	26 +1			quer 2	+	+	Ø	Ø	143		Ø	Ø	Ø	Ø		75 g OGTT auffällig, Besprechung Befunde und Anbindung an Geburtshilfliche Einrichtung & Endokrinologische Praxis und Ernährungsberatung
8.	16.09.	31 +5		N-RB 31 cm 94 cm	li. SL	+	+	Ø	Ø	141		Ø	Ø	Ø	Ø		Wohlbefinden, BZ- und Ultraschallkontrollen in geburtshilflicher Einrichtung BE: kl. BB, HBsAg
9.	02.10.	34 +0		RB-3 33 cm 99 cm	re. SL	+	+	Ø	Ø	142 157	10,9	Ø	Ø	Ø	Ø		Wohlbefinden GBS-Aufklärungsgespräch, Aufklärungsunterlagen zur geplanten Hausgeburt
10.	20.10.	36 +5		RB-2 35 cm 104 cm	li. SL	+	+	Ø	Ø	139		Ø	Ø	Ø	Ø		Geburtsgespräch vaginaler GBS-Abstrich nicht gewünscht
11.	02.11.	38 +3		RB-2 37 cm 103 cm	li. SL	+	(+)Ø			134		Ø	Ø	Ø	Ø		
12.																	
13.																	
14.																	



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

Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

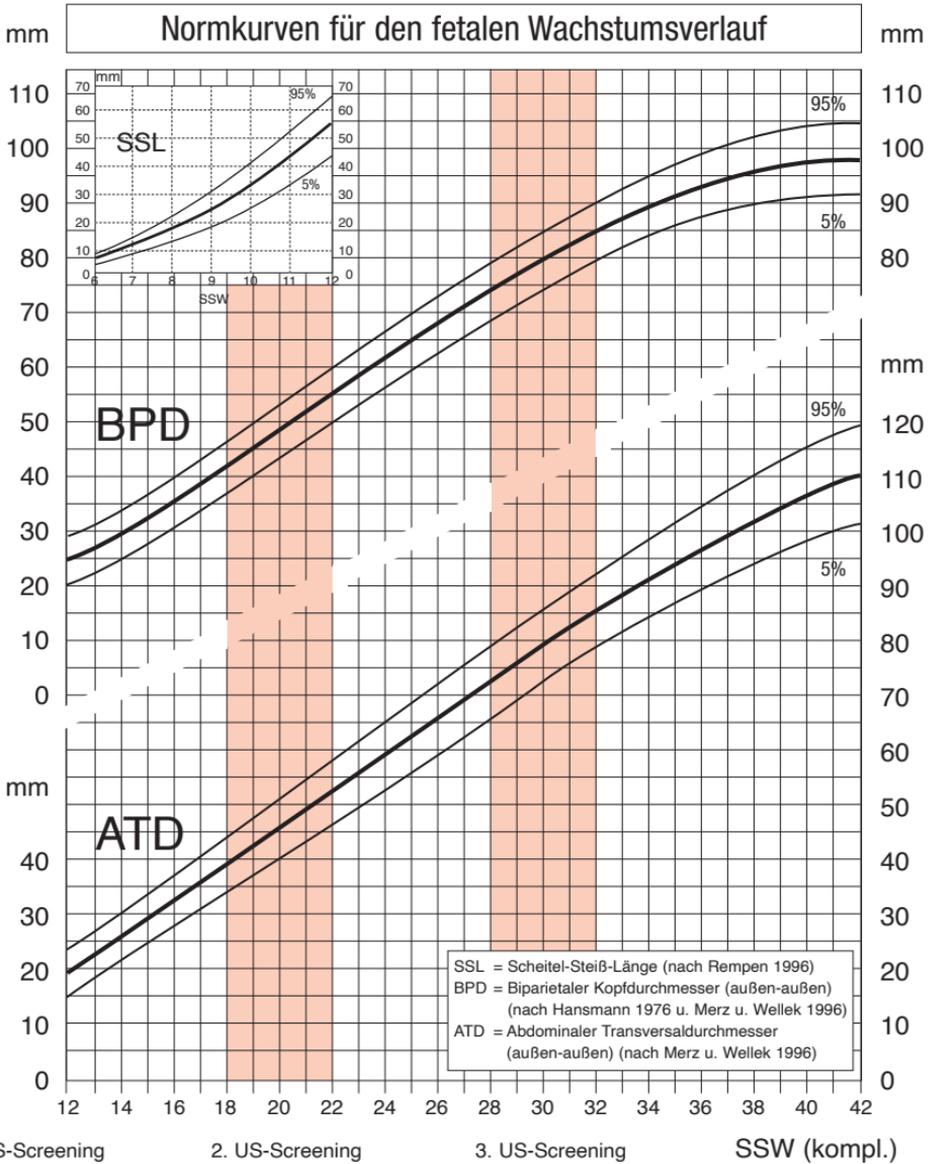
Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

Ultraschall-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

Geburt

Datum SSW + extern entbunden

	1. Kind				2. Kind (Zwilling)			
Lebendgeburt	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<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 checked="" type="checkbox"/> w	unbestimmt		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	unbestimmt	
Geburtsmodus	<input checked="" type="checkbox"/> sp	<input type="checkbox"/> S	vag. Op.		<input type="checkbox"/> sp	<input type="checkbox"/> S	vag. Op.	
Kindslage	<input checked="" 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" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="0"/> g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g
Länge/Kopfumfang	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="34"/>	<input type="text" value="5"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text" value="/"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm
Apgar-Zahl 5'/10'	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="0"/>
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"/>
auffällige Fehlbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<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 zügige und unkomplizierte Hausgeburt

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) keine, normaler Wochenbettverlauf

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

Besonderheiten beim Kind keine, normale Anpassung und Entwicklung des Kindes mit guter Gewichtszunahme

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynäkol. Befund unauffällig ja nein Hb g %

RR /

Urin Z pos. E pos.

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

Besonderheiten **keine** _____

Mutter stillt hat nicht gestillt hat abgestillt

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

Ayla Incegebe
Fachärzt*in für Gynäkologie
und Geburtshilfe
Sensorbergstr. 698
01668 Halle/Saale

13.01.xxxx

Untersuchungsdatum

Unterschrift/Stempel

Weitere Schwangerschaft

Stempel des Arztes/der Klinik/der mitbetreuenden Hebamme

1 Ayla Incegebe Fachärzt*in für Gynäkologie und Geburtshilfe Sensorbergstr. 698 01668 Halle/Saale 0345 7654 2832	2 Elke Warmhand Hebamme Niderkunftstr. 43 01654 Kreisstadt 0345 8543 487
3	4

Mein nächster Untersuchungstermin:

Tag	Uhrzeit	Tag	Uhrzeit

Name: Amir

Vorname: Inhee geb. am: 03.10.xxxx

Wohnort: Am Heimweg 85

01614 Schwangerhausen

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Laboruntersuchungen und Rötelschutz

Blutgruppenzugehörigkeit

(s. auch Seite 2)

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: siehe 2. Schw.

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Antikörper-Suchtest

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: 6+3 SSW

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: 91000038263

Röteln-Impfung

Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen liegt vor: ja nein

Röteln-Antikörpertest

negativ positiv, Titer 1: _____

bzw. IE/ml: 70 IU/ml

Immunität anzunehmen ja nein

Datum der Untersuchung: 6+3 SSW

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: 91000038263

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: 6+4 SSW

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: 91000038263

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: 6+3 SSW

Protokoll-Nr.: 91000038263

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 20)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: 25+3 SSW

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: 91000120034

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: 6+3 SSW

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: 91000038263

Stempel und Unterschrift des Arztes 19

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):
vor 5 Jahren	dGDM, spontaner geburtsbeginn, Oxytocin zur Beschleunigung der Geburt, vaginale Geburt, vaginale Geburtsverletzung 2° männl., 3040 g, 34 cm KU 5-6 Monate voll gestillt insgesamt zwei Jahre
vor 3 Jahren	dGDM, spontaner Wehenbeginn, geplante Hausgeburt, zülig und unkompliziert, keine Geburtsverletzungen, 5 Monate voll gestillt, insgesamt 1,5 Jahre

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 32 Jahre Gewicht vor SS-Beginn 58 kg Größe 151 cm
 Gravida ³ Para ²

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

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

Besonderheiten

6+3 SSW
 TSH 1,77 mU/l
 fT3 3,01 pg/ml
 fT4 11,2 pg/ml
 HbA 1c 5,2%
 HbA 1c (IFCC-Standard) 33,0 mmol/mol

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 | |
-

25+3 SSW
nü 76 mg/dl
1 h 184 mg/dl
2 h 139 mg/dl

Terminbestimmung

Zyklus 28 _____ / 8 _____ Letzte Periode 04.02.xxxx _____

Konzeptionstermin (soweit sicher): _____

Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW

Berechneter Entbindungstermin: 11.11.xxxx

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. Kort.	Fundusstand Sympt - Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung Cotenne Varikosis	Gewicht	RR li. Arm syst./ diast.	g/dl Hb (Eryl)	g/dl		Vaginale Unter- suchung	Plieko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
										Einweiß	Zucker			
1.	21.03.	6 + 3				∅ ∅	90 55	12,0	∅ ∅	∅ ∅			BE: Anbindung an endokrinologische Praxis und Ernährungsberatung, Anbindung an gynäkologische Praxis	
2.	20.04.	10 +5				∅ ∅ ∅	100 70		∅ ∅	∅ ∅			Müdigkeit und Übelkeit mit gelegentlichem Erbrechen	
3.	05.05.	12 +6			+	∅ ∅	117 68		∅ ∅	∅ ∅				
4.	20.05.	15 +5			+ 152	? ∅ ∅	95 65		∅ ∅	∅ ∅			nachlassende Übelkeit, gelgentlich dennoch Erbrechen	
5.	30.06.	20 +6			+	∅ ∅	103 67		∅ ∅	∅ ∅			SG 300 g	
6.	18.07.	23 +2	N+2 23 cm	quer 	+	∅ ∅	90 50		+	+	∅ ∅		Mittelstrahlurin ins Labor - kein behandlungsbedürftiger Harnwegsinfekt	
7.	02.08.	25 +3	N+3 26 cm	schräg 	+	∅ ∅	95 60	10,7	∅ ∅	∅ ∅			wiederholt Wadenkrämpfe - wöchentlich 75g OGTT - auffällig Verweis Endokrinologin und Ernährungsberatung & Anbindung an stationäre geburtshiliche Abteilung	
8.	31.08.	29 +5	N-Rb 30 cm	schräg 	+	∅ ∅	90 55		∅	+	∅ ∅		Kontrolle Urin nach reichlichem Trinken - normal	
9.	27.09.	34 +4	Rb-3 34 cm	li ant. SL	+	∅ ∅	110 70		∅ ∅	∅ ∅			Geburtsortgespräch nach Ultraschallbefunden im Krankenhaus	
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-Kontrolluntersuchungen nach **Anlage 1 b**

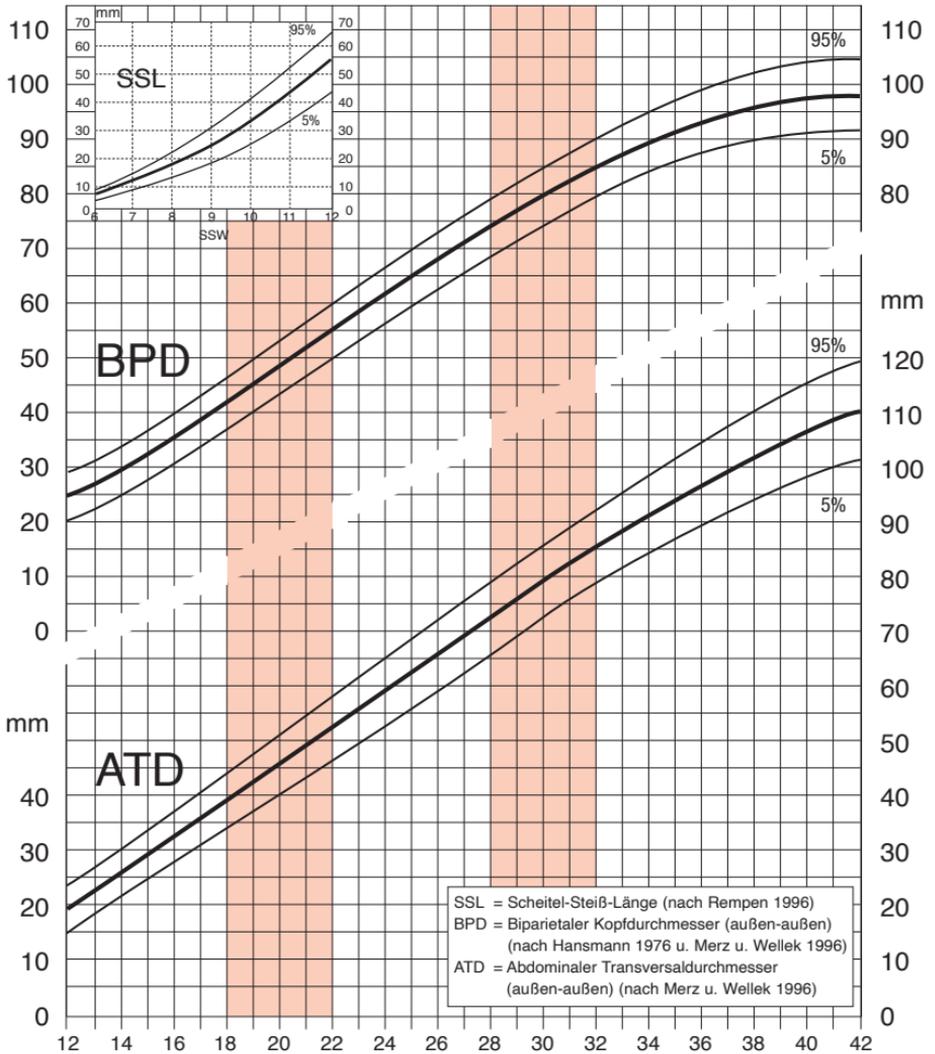
zu den Mutterschafts-Richtlinien

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

Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

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)

diätetisch eingestellter Gestationsdiabetes
spontaner Geburtsbeginn, Oxyotocin zur Wehensteigerung
im Geburtsverlauf, vaginale Geburt, vaginale
Geburtsverletzung 2°,
männl., 3.040 g, 34 cm KU
5-6 Monate voll gestillt, insgesamt zwei Jahre

Dopplersonographische Untersuchungen nach **Anlage 1 d**
(Datum, Indikation zur Untersuchung, Befunde, Kommentar, Untersucher/Stempel)

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		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**

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.