



---

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 Röteln-impfungen 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, Oxytocin 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 <u>Vater Typ 2 Diabetes, Hypertonie</u> )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche <u>häufige Ohrinfektionen als Kind</u>	<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 <u>Bruder vor kurzem überraschend verstorben</u>	<input checked="" 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 type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> auffällig: ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" 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: 13.11.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: \_\_\_\_\_

	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 Urin	Zucker	Vaginale Unter- suchung	RisikoNr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.	27.03.	7+0			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	113 64		Ø	Ø	Ø	Ø		
3.	19.05.	14 +1	S-N 12 cm 85 cm		+ 150 158		Ø	110 70		Ø	Ø	Ø	Ø		leichte Übelkeit
4.	16.06.	18 +4	N+1 18 cm 89 cm		+ 142		Ø	95 65		Ø	Ø	Ø	Ø		
5.	11.07.	20 +1			+	+	Ø	98 59		Ø	Ø	Ø	Ø		
6.	29.07.	24 +5	N+3 24 cm 94 cm	schräg 	+ 139	+	Ø	100 50	11,1	Ø	Ø	Ø	Ø		BE: kl.BB, 75g OGTT
7.	08.08.	26 +1		quer 	+ 143	+	Ø	105 60		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	+ Pinard 141	+	Ø	110 65		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	+ 142 157	+	Ø	110 65	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	+ Pinard 139	+	Ø	120 70		Ø	Ø	Ø	Ø		Geburtsgespräch vaginaler GBS-Abstrich nicht gewünscht
11.	02.11.	38 +3	RB-2 37 cm 103 cm	li. SL	+ Pinard 134	+	(+)Ø	100 70		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- 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	
21.04.	10+4		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 type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Auffälligkeiten: <input type="radio"/> ja <input checked="" 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		43 mm			
					Bemerkungen:				
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW		BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
11.07.	20+1		<b>a)</b> Einling: <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  <b>b)</b> <b>Kopf:</b> 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 type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein  <b>Hals und Rücken:</b> Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein	<b>Thorax:</b> Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose) <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein  Linksseitige Herzposition <input type="radio"/> ja <input checked="" 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  <b>Rumpf:</b> 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	31	182		159	46
					<b>Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich</b>  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				
					Bemerkungen:		Biometrie II		
					331 g				
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 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	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  siehe Klinikbefunde: normales fetales Wachstum  Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
					Bemerkungen:				
					Biometrie III				

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

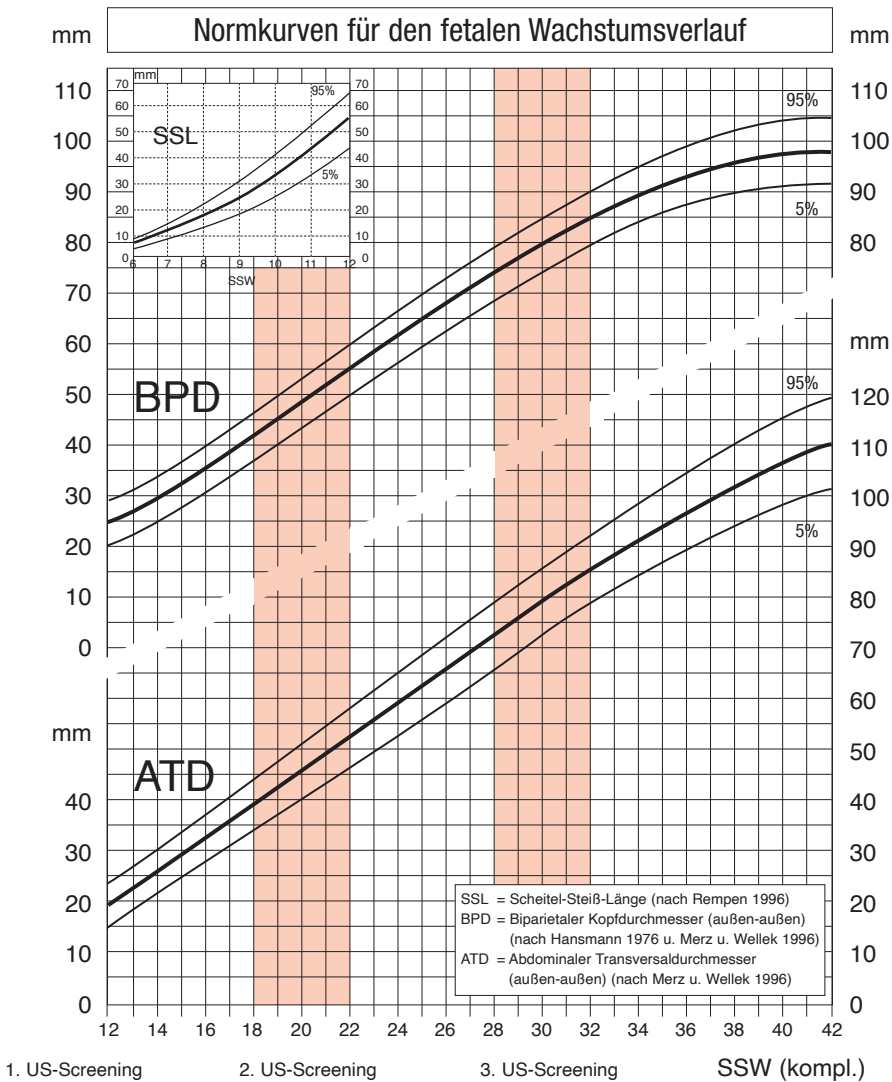
zu den Mutterschafts-Richtlinien

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

---

---

---



**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

29

Schwangerschaften  
(mit dieser)

02

Geburten  
(mit dieser)

02

Erst-Untersuchung  
in SSW

7+0

Anzahl der  
Vorsorge-  
Untersuchungen

11

vor Entbindung  
in Klinik  
vorgestellt



stat. Aufenthalt  
ante partum  
in Wochen

Nach Katalog A/B (Seite 5 und 6) dokumentierte wichtigste Risikonummern

01

06

50

Datum

1111xx

SSW

39+5

extern entbunden



Geburt

Lebendgeburt

ja

nein

Geschlecht

m

w

unbestimmt

Geburtsmodus

sp

S

vag. Op.

Kindslage

SL

BEL

QL

Gewicht

3

2

8

0

g

Länge/Kopfumfang

5

0

3

4

cm

Apgar-Zahl 5'/10'

0

9

/

0

9

pH-Wert (Nabelarterie)

auffällige Fehlbildung

ja

nein

Besonderheiten zügige und unkomplizierte Hausgeburt

Wochenbett normal

ja

nein

gyn. Befund normal

ja

nein

Hb

10,6

RR

95

/

55

Anti-D-Prophylaxe

ja

nein

Beratung über ausreichende Jodzufuhr  
während der Stillzeit erfolgt



Besonderheiten (s. a. S. 16)

keine, normaler Wochenbettverlauf

Wochenbett

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

keine, normale Anpassung und Entwicklung des Kindes  
mit guter Gewichtszunahme

Elke Warmhand  
Hebamme  
Niderkuntstr. 43  
01654 Kreisstadt  
0345 8543 487

Datum der Entlassungsuntersuchung

Unterschrift/Stempel

15

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gynäkol. Befund unauffällig ☐ ja ☒ nein Hb <sup>\*</sup> g %

RR  /

Urin ☐ Z pos. ☐ E pos.

Besonderheiten **keine**

\_\_\_\_\_

Mutter stillt ☒ hat nicht gestillt ☐ hat abgestillt ☐

Kind: U 3 durchgeführt

1. Kind	<input checked="" 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

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

13.01.xxxx

Untersuchungsdatum

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

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 Röteln-impfungen 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

**Antikörper-Suchtest-Kontrolle**

negativ ☒ positiv, Titer 1: \_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung: **25+3 SSW**

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: **91000120034**

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: **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: \_\_\_\_\_

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: \_\_\_\_\_

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, zügig und unkompliziert, keine Geburtsverletzungen, 5 Monate voll gestillt, insgesamt 1,5 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 32 Jahre Gewicht vor SS-Beginn 58 kg Größe 151 cm  
 Gravida <sup>3</sup> Para <sup>2</sup>

## 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"/>	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 _____	<input type="checkbox"/>	4. <input checked="" 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

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

29. Abusus

30. Besondere psychische Belastung

31. Besondere soziale Belastung

32. Blutungen vor der 28. SSW

33. Blutungen nach der 28. SSW

34. Placenta praevia

35. Mehrlingsschwangerschaft

36. Hydramnion

37. Oligohydramnie

38. Terminunklarheit

39. Placenta-Insuffizienz

40. Isthmozervikale Insuffizienz

41. Vorzeitige Wehentätigkeit

42. Anämie

43. Harnwegsinfektion

44. Indirekter Coombstest positiv

45. Risiko aus anderen serologischen Befunden

46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90)

47. Pathologische Eiweißausscheidung

48. Mittelgradige – schwere Ödeme

49. Hypotonie

50. Gestationsdiabetes

• Vortest durchgeführt: ☒ ja ☒ nein auffällig: ja/nein

• Diagnosetest durchgeführt: ☒ ja ☒ nein auffällig: ja/nein

51. Einstellungsanomalie

52. Andere Besonderheiten

ggf. welche \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

	Datum	Schwanger- schaftswoche	SSW ggf. Kort.	Fundusstand Symph.	Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung	Ödeme	Varikosis	Gewicht	li. Arm syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	g/dl	Erweiß	Zucker	Vaginale Unter- suchung	Risiko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.	21.03.	6 + 3					Ø Ø				90 55	12,0		Ø Ø	Ø Ø					BE; Anbindung an endokrinologische Praxis und Ernährungsberatung, Anbindung an gynäkologische Praxis
2.	20.04.	10 +5					Ø Ø Ø				100 70			Ø Ø	Ø Ø					Müdigkeit und Übelkeit mit gelegentlichem Erbrechen
3.	05.05.	12 +6				+	+ Ø Ø				117 68			Ø Ø	Ø Ø					
4.	20.05.	15 +5				+ 152	? Ø Ø				95 65			Ø Ø	Ø Ø					nachlassende Übelkeit, gelegentlich dennoch Erbrechen
5.	30.06.	20 +6				+	+ Ø Ø				103 67			Ø Ø	Ø Ø					SG 300 g
6.	18.07.	23 +2		N+2 23 cm	quer 	+	Ø Ø				90 50			+	+	Ø Ø				Mittelstrahlurin ins Labor - kein behandlungsbedürftiger Harnwegsinfekt
7.	02.08.	25 +3		N+3 26 cm	schräg 	+	Ø Ø				95 60	10,7		Ø Ø	Ø Ø					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 	+	Ø Ø				90 55			Ø +	Ø Ø					Kontrolle Urin nach reichlichem Trinken - normal
9.	27.09.	34 +4		Rb-3 34 cm	li ant. SL	+	Ø Ø				110 70			Ø Ø	Ø Ø					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- 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	
05.05.	12+6	12+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 type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Auffälligkeiten: <input type="radio"/> ja <input checked="" 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		5,82			
					Bemerkungen: Nackentransparenz nicht gewünscht				
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW		BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
30.06.	20+6		<b>a)</b> Einling: <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: Vorderwand Plazenta mit normaler Struktur & normalen Dopplermesswerten  Zeitgerechte Entwicklung: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle  <b>b)</b> <b>Kopf:</b> 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 type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein  <b>Hals und Rücken:</b> Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein	<b>Thorax:</b> Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose) <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein  Linksseitige 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  <b>Rumpf:</b> 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	5,07	17,96		15,3	2,93
					<b>Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich</b>  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  Bemerkungen: Biometrie II SG: 300 g weitere Sonografie in geburtshilflicher Abteilung				
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 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	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 III				

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

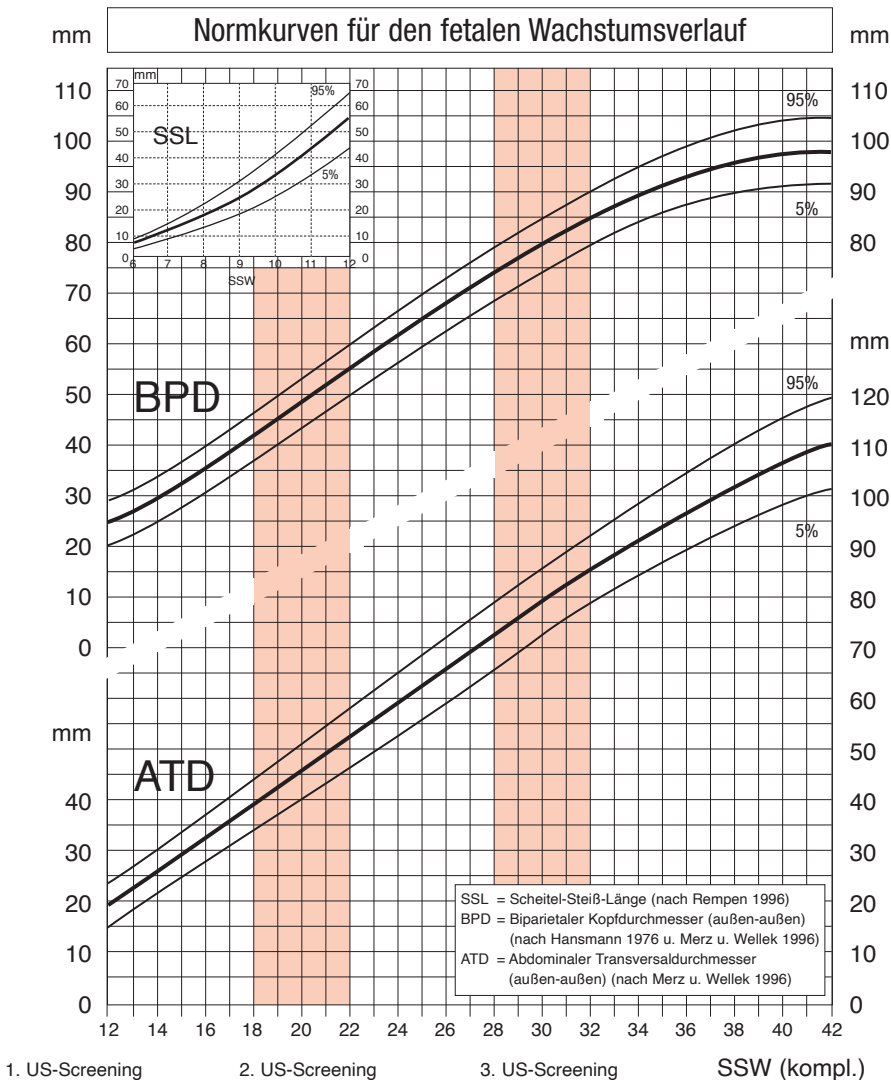
zu den Mutterschafts-Richtlinien

(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)

---

---

---

diätetisch eingestellter Gestationsdiabetes  
spontaner Geburtsbeginn, Oxytocin 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)

---

---

---

# Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Schwangerschaft

Alter

Schwangerschaften  
(mit dieser)

Geburten  
(mit dieser)

Erst-Untersuchung  
in SSW

Anzahl der  
Vorsorge-  
Untersuchungen

vor Entbindung  
in Klinik  
vorgestellt

Ø Ø

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
























2. Kind (Zwilling)
























Geschlecht

Geburtsmodus

Kindslage

Gewicht

Länge/Kopfumfang

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

ja

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

Besonderheiten beim Kind

1. Kind










2. Kind (Zwilling)

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

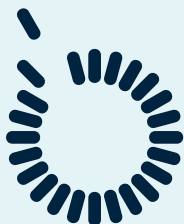
Unterschrift/Stempel

## 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](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.