



Version ohne Änderung vom 28. Februar 2019

HINWEISE FÜR DIE SCHWANGERE

Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Vorgänge und stellen keine Krankheit dar. Manchmal können sie allerdings mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind belastet sein. Eine sorgfältige Schwangerschaftsbetreuung hilft, einen großen Teil dieser Risiken zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen, um Gefahren abzuwenden.

Voraussetzung dafür ist jedoch Ihre regelmäßige Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen!

Die in Ihrem Mutterpass aufgeführten Untersuchungen dienen der Gesunderhaltung von Mutter und Kind und entsprechen langjähriger geburtshilflicher Erfahrung und modernen medizinischen Erkenntnissen.

Dieser Mutterpass enthält die während der Schwangerschaft erhobenen wichtigen Befunde. Er wird Ihnen nach jeder Vorsorgeuntersuchung wieder mitgegeben. Die Angaben im Mutterpass dienen der Information von Arzt und Hebamme sowie Ihrer und Ihres Kindes Sicherheit.

Der Mutterpass ist Ihr persönliches Dokument. Sie allein entscheiden darüber, wem er zugänglich gemacht werden soll. Andere (z. B. Arbeitgeber, Behörden) dürfen eine Einsichtnahme nicht verlangen.

Bitte:

- Nutzen Sie die Ihnen gebotenen Möglichkeiten, um sich und Ihrem Kind Sicherheit zu verschaffen!
- Vergessen Sie nicht, dieses Heft zu jeder ärztlichen Untersuchung während der Schwangerschaft, zur Entbindung und zur Untersuchung des Kindes mitzubringen!
- Lassen Sie sich helfen, wenn Sie Sorgen haben!
- Beraten Sie sich mit Ihrem Arzt und befolgen Sie seine Ratschläge!



Stempel des Arztes/der Klinik/der mitbetreuenden Hebamme

1	2
3	4

Mein nächster Untersuchungstermin:

Tag	Uhrzeit	Tag	Uhrzeit

Name: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Laboruntersuchungen und Rötelschutz

Blutgruppenzugehörigkeit

A B O

Rh pos. (D pos.)/Rh neg. (D neg.) *)

*) Rh positiv bzw. Rh negativ wörtlich eintragen

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

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Antikörper-Suchtest

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Röteln-Impfung

Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen liegt vor: ja ☐ nein ☐

Röteln-Antikörpertest

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

bzw. ☐ IE/ml: _____

Immunität anzunehmen ja ☐ nein ☐

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Nachweis von Chlamydia trachomatis-DNA aus einer Urinprobe mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT)

negativ ☐

positiv ☐

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 4)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-Antikörpertest-Kontrolle

(vgl. Abschnitt C Nr. 1 der Mutterschafts-Richtlinien)

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

bzw. ☐ IE/ml: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ ☐ positiv ☐

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

Jahr	Ausgang der Schwangerschaften und Geburten (Spontangeburt, Sectio, vag. Operation, Abort, Abruption, EU, Schwangerschaftsdauer in Wochen, Geburtsverlauf, Komplikationen, Kindsgewicht, Geschlecht):

Beratung der Schwangeren

- a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel (Alkohol, Tabak und andere Drogen) ☐
- b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen ☐
- c) Risikoberatung ☐
- d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik ☐
- e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung ☐
- f) Zum HIV-Antikörpertest ☐
 - HIV-Antikörpertest durchgeführt: ja ☐ nein ☐
- g) Zur Mundgesundheit ☐

Alter _____ Jahre Gewicht vor SS-Beginn _____ kg Größe _____ cm
 Gravida _____ Para _____

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

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

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

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. Eiweißausscheidung 1%
(entsprechend 1000 mg/l) oder mehr

48. Mittelgradige – schwere Ödeme

49. Hypotonie

50. Gestationsdiabetes

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

• Diagnostest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein

51. Einstellungsanomalie

52. Andere Besonderheiten

ggf. welche _____

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. Korr.	Fundusstand Symph.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung	Oedeme Varikozels	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Sediment ggf. Bakteriolog. Bef.	Einzel- Zucker (Nüchtl)	(Blut)	Vaginale Unter- suchung	Risiko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		
10.																		
11.																		
12.																		
13.																		
14.																		



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

Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

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

Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach Anlage 1 b

zu den Mutterschafts-Richtlinien

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

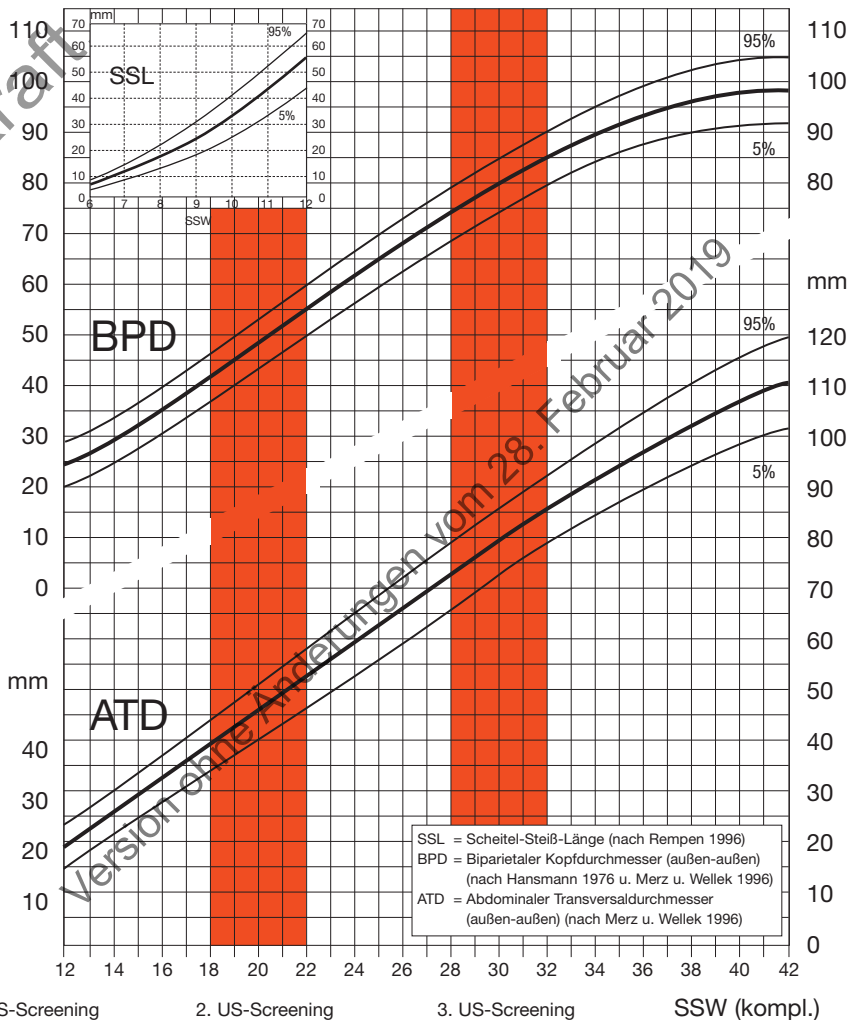
Version ohne Änderungen vom 28. Februar 2019

Diese

mm

Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

mm



Weiterführende Ultraschall-Untersuchungen zur Abklärung
und Überwachung pathologischer Befunde nach **Anlage 1 c**
zu den Mutterschafts-Richtlinien

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

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

Schwangerschaft

--	--

7

7

--	--

--	--

--	--

--	--

7

--	--



--	--

--	--

--	--

--	--

9	
---	--

--	--	--	--	--

--	--

ja

Geburt

2. Kind (Zwilling)

☐ nein

AN

2

vac

L |

1

/ |

/ |

1

ne

☐ nein

--	--	--

--	--	--

gyn. Befund normal

☐ nein

114

2. Kind (Zwilling)

○

OS

1

1

1

1

15

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynäkol. Befund unauffällig

☐ ja

☐ nein

Hb

g %

RR

/

Urin

☐ Z pos.

☐ E pos.

Sediment

☐ o.B.

Besonderheiten _____

Mutter stillt ☐

hat nicht gestillt ☐

hat abgestillt ☐

Kind: U 3 durchgeführt

1. Kind

☐ ja

☐ nein

2. Kind (Zwilling)

☐ ja

☐ nein

lebt und ist gesund

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

ist lt. U 3 behandlungsbedürftig

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

ist verstorben am

Untersuchungsdatum

Unterschrift/Stempel

Weitere Schwangerschaft

Stempel des Arztes/der Klinik/der mitbetreuenden Hebamme

1	2
3	4

Mein nächster Untersuchungstermin:

Tag	Uhrzeit	Tag	Uhrzeit

Name: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Laboruntersuchungen und Rötelschutz

Blutgruppenzugehörigkeit

(s. auch Seite 2)

A B O

Rh pos. (D pos.)/Rh neg. (D neg.) *)

*) Rh positiv bzw. Rh negativ wörtlich eintragen

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

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Antikörper-Suchtest

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Röteln-Impfung

Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen liegt vor: ja ☐ nein ☐

Röteln-Antikörpertest

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

bzw. ☐ IE/ml: _____

Immunität anzunehmen ja ☐ nein ☐

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Nachweis von Chlamydia trachomatis-DNA aus einer Urinprobe mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT)

negativ ☐ positiv ☐

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 20)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-Antikörpertest-Kontrolle

(vgl. Abschnitt C Nr. 1 der Mutterschafts-Richtlinien)

negativ ☐ positiv, Titer 1: _____

bzw. ☐ IE/ml: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ ☐ positiv ☐

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

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

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

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. Eiweißausscheidung 1%

(entsprechend 1000 mg/l) oder mehr

48. Mittelgradige – schwere Ödeme

49. Hypotonie

50. Gestationsdiabetes

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

• Diagnostest durchgeführt: ja/nein auffällig: ja/nein

51. Einstellungsanomalie

52. Andere Besonderheiten

ggf. welche _____

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. Korr.	Fundusstand Symph.- Fundusabstand	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung Ödeme Varikozels	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Eiweiß Sediment ggf. Bakteriolog. Bef.	Zucker (Nitrit) (Blut)	Vaginale Unter- suchung	Risiko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																
11.																
12.																
13.																
14.																



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

Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

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

Ultraschall-Kontrolluntersuchungen nach Anlage 1 b

zu den Mutterschafts-Richtlinien

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

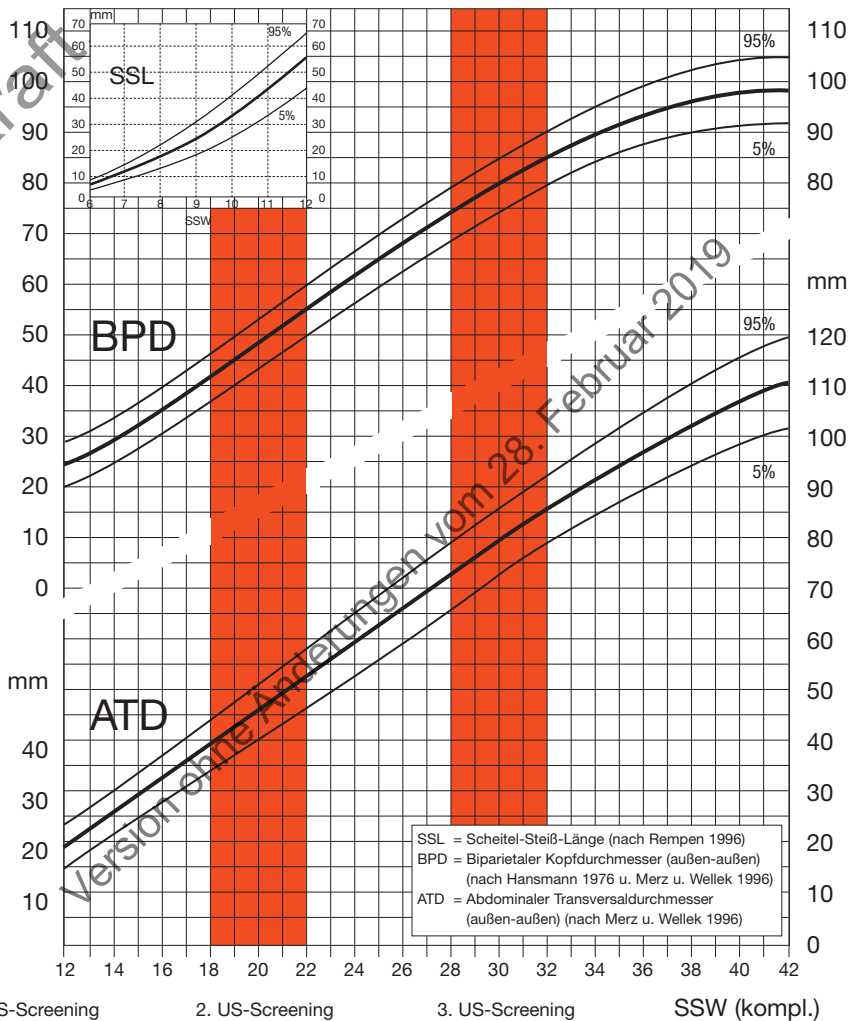
Version ohne Änderungen vom 28. Februar 2019

Diese

mm

Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

mm



Weiterführende Ultraschall-Untersuchungen zur Abklärung und Überwachung pathologischer Befunde nach **Anlage 1 c** zu den Mutterschafts-Richtlinien

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

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

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynäkol. Befund unauffällig

☐ ja

☐ nein

Hb

g %

RR /

Urin

☐ Z pos.

☐ E pos.

Sediment

☐ o.B.

Besonderheiten _____

Mutter stillt ☐

hat nicht gestillt ☐

hat abgestillt ☐

Kind: U 3 durchgeführt

1. Kind

☐ ja

☐ nein

2. Kind (Zwilling)

☐ ja

☐ nein

lebt und ist gesund

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

ist lt. U 3 behandlungsbedürftig

☐ ja

☐ nein

☐ ja

☐ nein

ist verstorben am

Untersuchungsdatum

Unterschrift/Stempel

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!)

Version ohne Änderungen vom 28. Februar 2019

Herausgeber:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Wegelystraße 8
10623 Berlin
www.g-ba.de

Während der Schwangerschaft sollten Sie Ihren Mutterpass immer bei sich haben und zu jeder ärztlichen Untersuchung mitbringen, insbesondere auch zur Entbindung. Ihr Mutterpass gehört zu den Dokumenten, die Sie immer sorgfältig aufbewahren sollten.