



# 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, Abruptio, EU, Schwangerschaftsdauer in Wochen, Geburtsverlauf, Komplikationen, Kindsgewicht, Geschlecht):

### **Beratung der Schwangeren**

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

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

## A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

- |  | ja |     | nein                     |
|--|----|-----|--------------------------|
| 1. Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten _____) <input type="checkbox"/> |    | 1.  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche _____ <input type="checkbox"/>                 |    | 2.  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Blutungs-/Thromboseeigung <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. Eiweißausscheidung 1%<br>(entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 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: \_\_\_\_\_

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



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

---

---

---

---

**Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft**

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

**Cardiotokographische Befunde**

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

# ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

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

---

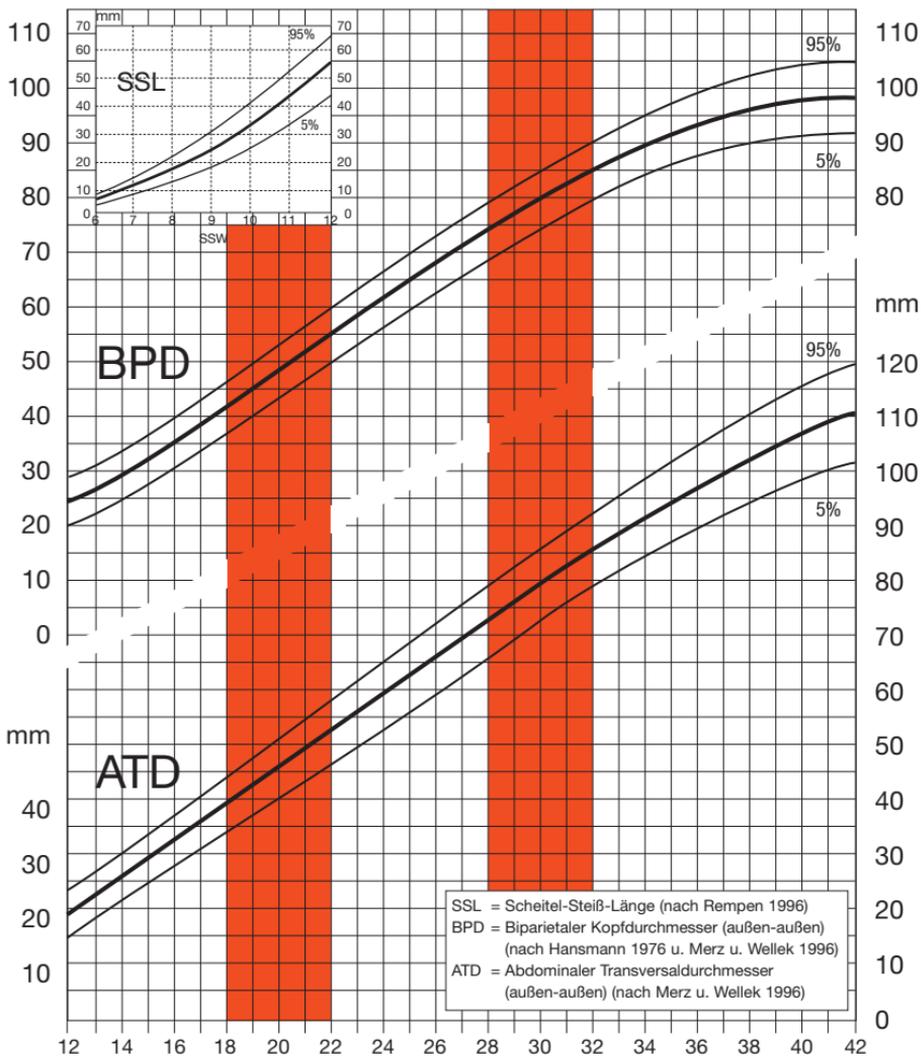
---

---

# Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

mm

mm



mm

1. US-Screening

2. US-Screening

3. US-Screening

SSW (kompl.)

SSL = Scheitel-Steiß-Länge (nach Rempen 1996)  
 BPD = Biparietaler Kopfdurchmesser (außen-außen)  
 (nach Hansmann 1976 u. Merz u. Wellek 1996)  
 ATD = Abdominaler Transversaldurchmesser  
 (außen-außen) (nach Merz u. Wellek 1996)

**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        alleinstehend       deutsch   
 andere \_\_\_\_\_

Schwangerschaften (mit dieser)        Geburten (mit dieser)        Erst-Untersuchung in SSW    
 Anzahl der Vorsorge-Untersuchungen        vor Entbindung in Klinik vorgestellt       stat. Aufenthalt ante partum in Wochen

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

Geburt

Datum            SSW        extern entbunden  ja

	1. Kind				2. Kind (Zwilling)			
Lebendgeburt	ja	nein			ja	nein		
Geschlecht	m	w			m	w		
Geburtsmodus	sp	S	vag. Op.		sp	S	vag. Op.	
Kindslage	SL	BEL	QL		SL	BEL	QL	
Gewicht				g				g
Länge/Kopfumfang			/	cm			/	cm
Apgar-Zahl 5'/10'			/				/	
pH-Wert (Nabelarterie)								
auffällige Fehlbildung	ja	nein			ja	nein		

Besonderheiten \_\_\_\_\_

Wochenbett

Wochenbett normal  ja  nein      gyn. Befund normal  ja  nein

Hb         RR   /

Anti-D-Prophylaxe  ja  nein      Beratung über ausreichende Jodzufuhr während der Stillzeit erfolgt

Besonderheiten (s. a. S. 16) \_\_\_\_\_

	1. Kind				2. Kind (Zwilling)			
Blutgruppe und Untergruppen (nur bei RH neg.-Mutter; kein Ausweis!)	A	B	O	AB	A	B	O	AB
	Rh pos.		Rh neg.		Rh pos.		Rh neg.	
direkter Coombstest	neg.		pos.		neg.		pos.	
Kind unauffällig entl. am								
Kind verlegt am								
Kind verstorben am								

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

gynäkol. Befund unauffällig  ja  nein Hb     g %

RR     /

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

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

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

Mutter stillt  hat nicht gestillt  hat abgestillt

Kind: U 3 durchgeführt

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

lebt und ist gesund  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, Abruption, EU, Schwangerschaftsdauer in Wochen, Geburtsverlauf, Komplikationen, Kindsgewicht, Geschlecht):

### **Beratung der Schwangeren**

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

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

## A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung (s. auch Seite 5)

	ja		nein
1. Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten _____)	<input type="checkbox"/>	1.	<input type="checkbox"/>
2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche _____	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>
3. Blutungs-/Thromboseeigung	<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. Eiweißausscheidung 1%<br>(entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 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: \_\_\_\_\_

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



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

---

---

---

---

**Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft**

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

**Cardiotokographische Befunde**

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

# ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:

(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)

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

---

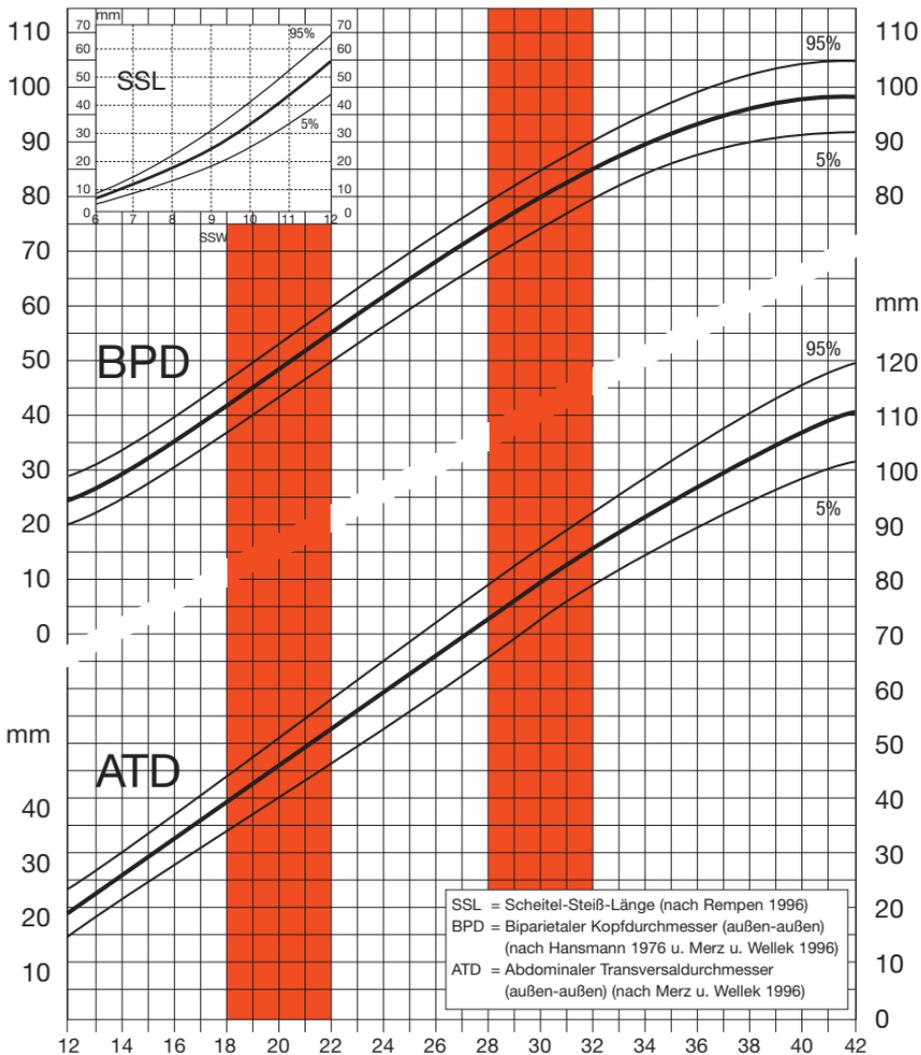
---

---

# Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

mm

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)

---

---

---

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

---

---

---

# Abschluss-Untersuchung/Epikrise

Schwangerschaft

Alter        alleinstehend       deutsch   
 andere \_\_\_\_\_

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 Risikokennzeichen

Geburt

Datum            SSW        extern entbunden  ja

	1. Kind				2. Kind (Zwilling)			
Lebendgeburt	ja	nein			ja	nein		
Geschlecht	m	w			m	w		
Geburtsmodus	sp	S	vag.	Op.	sp	S	vag.	Op.
Kindslage	SL	BEL	QL		SL	BEL	QL	
Gewicht				g				g
Länge/Kopfumfang		/		cm		/		cm
Apgar-Zahl 5'/10'		/				/		
pH-Wert (Nabelarterie)								
auffällige Fehlbildung	ja	nein			ja	nein		

Besonderheiten \_\_\_\_\_

Wochenbett

Wochenbett normal  ja  nein      gyn. Befund normal  ja  nein

Hb         RR   /

Anti-D-Prophylaxe  ja  nein      Beratung über ausreichende Jodzufuhr während der Stillzeit erfolgt

Besonderheiten (s. a. S. 32) \_\_\_\_\_

	1. Kind				2. Kind (Zwilling)			
Blutgruppe und Untergruppen (nur bei RH neg.-Mutter; kein Ausweis!)	A	B	O	AB	A	B	O	AB
	Rh pos.	Rh neg.			Rh pos.	Rh neg.		
direkter Coombstest	neg.	pos.			neg.	pos.		
Kind unauffällig entl. am								
Kind verlegt am								
Kind verstorben am								

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

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

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	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

Wegelystraße 8  
10623 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.