

Sonstige Untersuchungen in der Schwangerschaft

Die Mutterschaftsrichtlinien

- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung
- Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung
- Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.
- Seit 1985
- Regelmäßige Änderungen und Aktualisierungen

Erste Untersuchung nach Feststellung der Schwangerschaft

- Erhebung der Familienanamnese, der Eigenanamnese, der Schwangerschaftsanamnese, der Arbeits- und Sozialanamnese;
- Die Allgemeinuntersuchung, die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion (Urinprobe)

Chlamydien

- Häufigste sexuell übertragene bakterielle Geschlechtskrankheit
- Kleinste bekannten Bakterien
- 80% aller infizierten bleiben ohne Symptome
- > Frühgeburten und Geburtskomplikationen (Augenentzündungen, Atemwegsstörung, Lungenentzündung mit 3-4 Monaten)
- Generelle Empfehlung: Antibiotikagabe über 14-21 Tage
 - Erfolg: unsicher

Symptome einer Chlamydieninfektion

- Unspezifisch
- Gelblicher, klebriger Ausfluss
- Blutungen/blutiger Ausfluss
- Beschwerden der Harnröhre
- Jucken
- Brennen beim Wasserlassen
- Unterleibsschmerzen
- Fieber

Symptome beim Kind

- Bindehautentzündung
- Husten
- Lungenentzündung (gutartig, nicht der Alveolen)
- schmerzlos

Alternativen einer Antibiotikatherapie

- Gesunder Lebensstil (ausreichend Schlaf, ausreichend Bewegung und frische Luft, basische Ernährung, keinen Kaffee, keinen Alkohol)
- Homöopathische Behandlung mit Thuja

Erste Untersuchung nach Feststellung der Schwangerschaft

- Erhebung der Familienanamnese, der Eigenanamnese, der Schwangerschaftsanamnese, der Arbeits- und Sozialanamnese;
- Die Allgemeinuntersuchung, die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion (Urinprobe)
- Blutdruckmessung, Feststellung des Körpergewichts, Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker
- Hämoglobinbestimmung
- bakteriologische Urinuntersuchungen soweit nach Befundlage erforderlich (z.B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z.n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege).

Vorsorgeuntersuchung

- Bis zur 32. SSW 4-wöchentlich, danach 2-wöchentlich
- Blutdruckmessung
- Gewichtskontrolle
- Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker
- Hämoglobinbestimmung - im Regelfall ab 6. Monat, falls bei Erstuntersuchung normal
- bakteriologische Urinuntersuchungen soweit nach Befundlage erforderlich (z. B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z. n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege)
- Kontrolle des Stands der Gebärmutter
- Kontrolle der kindlichen Herzaktionen
- Feststellung der Lage des Kindes

Ultraschalluntersuchungen

- 8 + 0 bis 11 + 6 SSW (1. Screening)
- 18+0bis21+6SSW(2.Screening)
- 28+0bis31+6SSW(3.Screening)

Oraler Glucose-Toleranztest (=oGTT)

- =Zuckertest
- 24 +0 und 27 +6 SSW
- 50g Glucoselösung, unabhängig von letzter Mahlzeit (nicht nüchtern), BZ 1 h nach dem Trinken
- Bei Auffälligkeiten: 75g Glucoselösung nach 8h Nahrungskarenz, BZ 1h und 2h nach dem Trinken

Risiken eines Schwangerschaftsdiabetes

- 4% aller Schwangeren
- Meist symptomlos, evtl gesteigerter Durst und häufiges Wasserlassen
- Erhöhtes Risiko bei Übergewicht, Diabetes in der Familie, eigenes Geburtsgewicht >4000g oder vorheriges Kind mit Geburtsgewicht >4000g
- Übermäßige Gewichts- und Größenzunahme des Kindes
- Organe des Kindes vergrößert, aber unreif
- Calciumspiegel erniedrigt
- Kind neigt zu niedrigen Blutzuckerwerten
- Gesteigerte Fruchtwassermenge
- Bluthochdruck

Alternativen

- Blutzuckertagesprofil
- HbA1C

Labordiagnostik laut Mutterschaftsrichtlinien

- Bei jeder Schwangeren sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt aus einer Blutprobe durchgeführt werden:
- Lues-Suchreaktion (LSR),
- gegebenenfalls ein HIV-Test,
- die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors D,
- ein Antikörper-Suchtest (AK)

Anti-D Gabe

- „Passivimpfung“ in der 28. SSW und ggf. nach der Geburt
- Rhesusnegative Frauen bilden Antikörper gegen rhesuspositive Kinder bei Blutaustausch
- Antikörper sind placentagängig
- Rhesuspositives Kind kann bei Rhesusnegativer Mutter nur mit Rhesuspositiven Vater entstehen

Folgen beim Kind

- Hämolyse
- Blutarmut
- Funktionseinbußen der Zellen
- Milz schwillt an
- Leber schwillt an
- Kind verstirbt u.U. im Bauch

Alternativen

- Verzicht der Spritze bei rhesusnegativem Kindsvater
- Verzicht der Spritze bis zum Auftreten besonderer Vorkommnisse bei Unfall, Placentaablösung, drohender Fehlgeburt etc
- Bei abgeschlossenem Kinderwunsch

Labordiagnostik laut Mutterschaftsrichtlinien

- Bei jeder Schwangeren sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt aus einer Blutprobe durchgeführt werden:
- Lues-Suchreaktion (LSR),
- gegebenenfalls ein HIV-Test,
- die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors D,
- ein Antikörper-Suchtest (AK)
- Ein Test auf Rötelnantikörper ist bei Schwangeren ohne Rötelnimmunität erforderlich
- Bei allen Schwangeren ist nach der 32. Schwangerschaftswoche, möglichst nahe am Geburtstermin, das Blut auf HBsAg zu untersuchen. Ist das Ergebnis positiv, soll das Neugeborene unmittelbar post partum gegen Hepatitis B aktiv/passiv immunisiert werden

Labordiagnostik laut Mutterschaftsrichtlinien

- Ein weiterer Antikörper-Suchtest ist bei allen Schwangeren (Rh-positiven und Rh-negativen) in der 24.-27. Schwangerschaftswoche durchzuführen.
- Bei der Rh-negativen Mutter ist unmittelbar nach der Geburt der Rh-Faktor D unter Beachtung der Ergebnisse des direkten Coombs-tests zu bestimmen.
- Bei Rh-positivem Kind ist bei der Rh-negativen Mutter eine weitere Standarddosis Anti-D-Immunglobulin (um 300 µg) innerhalb von 72 Stunden post partum zu applizieren

Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B = B-Streptokokken

- Hunderte Streptokokken
- Nützlinge im Mund-Magen-Darm-Trakt
- Fakultativ pathogen
- Gefürchteter Auslöser der Neugeborenenensepsis (nicht die einzigen, aber die häufigsten)

B-Streptokokkentest

- 35.-37. SSW
- Abstrich
- 2014:
 - >700.000 Geburten
 - >100.000 infizierte Frauen
 - >100 Infektionen des Neugeborenen
 - Ca. jedes 30. infizierte Baby stirbt

Kindliche Symptome bei Infektion

- Schnelle Atmung (>60 Atemzüge/Minute)
- Stöhnen
- Blasse und marmorierte Haut
- Kalte Hände und Füße
- Schlaffer Muskeltonus
- Erbrechen
- Dann ist SOFORT ein Arzt aufzusuchen

Antibiotikatherapie bei B-Streptokokken

- Antibiotika während der Schwangerschaft ist sinnlos
- 12h nach vorzeitigem/frühem Blasensprung mit Wiederholung alle 4-8 Stunden (bei hohem Blasensprung ggf. großzügiger zu sehen)
- Frühgeborene vor der 37.SSW / <2500g (da immunschwächer)
- Erhöhte Entzündungswerte
- Mütterliches Fieber ($> 38,5^{\circ}\text{C}$)

Alternativen

- Ansäuerung des Scheidenmilieus (Döderleinbakterien, Milchsäurebakterien)
- Aromatogramm/Aromatherapie
- Vaginale Knoblauchtherapie
- Belladonna C30 (4 Wochen vor ET für 1 Tag 3x3 Globuli, Baby p.P. 1x3 Globuli)
- Vitamin C
- VagU vermeiden
- Keine Fruchtblasensprengung
- Rasches Anlegen des Kindes (Kind erhält mütterliche Antikörper)

Antibiotikum

- Aus anthroposophischer/ homöopathischer Sicht sind Erreger nicht die Ursache von Krankheiten!
- Richtet sich nur gegen Bakterien (Nicht gegen Pilze und Viren)
- Durch einen Laborparameter (CRP) lässt sich bei einer Erkrankung schnell ermitteln, ob es sich um eine bakterielle Infektion handelt
- Bakterien entwickeln Resistenzen, stärkere Antibiotika mit stärkeren Nebenwirkungen werden benötigt
- 1/3 aller Klinikpatienten erhält Antibiotika -> weitere Selektion hartnäckiger überlebensfähiger Erreger
- Fördern Sekundärprobleme (Scheidenpilz, begünstigen Virusinfektionen(chronisch und schwer behandelbar, z.B. Herpes, Papilloma-Viren (HPV)
- Einmischung von individueller Besiedlung des Haut- und Schleimhautmilieus (so individuell wie Fingerabdruck)

Erreger sind nicht die Ursache von Krankheiten

- Sondern der Mensch in seiner Labilität und Disposition zu erkranken
- Unsere Mikroorganismen arbeiten und leisten viel, wenn wir rücksichtsvoll mit ihnen umgehen, können wir uns auf sie verlassen

Antibiotikum

- Aus anthroposophischer/ homöopathischer Sicht sind Erreger nicht die Ursache von Krankheiten!
- Richtet sich nur gegen Bakterien (Nicht gegen Pilze und Viren)
- Durch einen Laborparameter (CRP) lässt sich bei einer Erkrankung schnell ermitteln, ob es sich um eine bakterielle Infektion handelt
- Bakterien entwickeln Resistenzen, stärkere Antibiotika mit stärkeren Nebenwirkungen werden benötigt
- 1/3 aller Klinikpatienten erhält Antibiotika -> weitere Selektion hartnäckiger überlebensfähiger Erreger
- Fördern Sekundärprobleme (Scheidenpilz, begünstigen Virusinfektionen(chronisch und schwer behandelbar, z.B. Herpes, Papilloma-Viren (HPV)
- Einmischung von individueller Besiedlung des Haut- und Schleimhautmilieus (so individuell wie Fingerabdruck)

Pilzinfektionen

- Zeichen einer Schwäche in der Besiedlung mit Mikroorganismen
- Pilze nehmen Schadstoffe auf, konzentrieren diese und helfen dem Wirt, auf dem sie gedeihen, unbeschadet leben zu können (Schützen uns vor Schäden durch Fremdstoffen)
- Bieten Hinweis für beeinträchtigte Lebenssituation
- Therapie:
 - Geduld
 - Ansäuerung, z.B. durch Milchsäure (Vagiflor), biologischer Naturjoghurt
 - Vagi C
 - Döderlein-Bakterien
 - Homöopathie

Der Mutterpass



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

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-Antikörpertest-Kontrolle

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

negativ positiv, Titer 1: _____

bzw. IE/ml: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 4)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Name: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Antikörper-Suchtest

Antikörper-Suchtest

negativ, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Antikörper-Suchtest

Nachweis über zwei erfolgte Röteln-
Antikörper liegt vor: ja nein

Antikörper-Suchtest

positiv, Titer 1: _____

IE/ml: _____

Antikörperanzunehmen ja nein

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

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: _____

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

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-Antikörpertest-Kontrolle

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

negativ positiv, Titer 1: _____

bzw. IE/ml: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

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

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Name: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Laboruntersuchung

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-Infektion

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

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

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

Siehe Seite 4)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

aus dem Serum

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

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 e

Diese Eintragungen entbinden d
behandelnden Arzt nicht von sei
Sorgfaltspflicht (z.B. Kreuzprobe

Datum der
Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

Antikörper-Suchtest

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der
Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

Röteln-Impfung

Nachweis über zwei erfolgte Röteln-
impfungen liegt vor: ja nein

Röteln-Antikörpertest

negativ positiv, Titer 1: _____

bzw. IE/ml: _____

Immunität anzunehmen ja nein

Datum der
Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Unter-
suchungen: _____

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

negativ positiv

Datum der
Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der
Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-Antikörpertest-Kontrolle

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

negativ positiv, Titer 1: _____

bzw. IE/ml: _____

Datum der
Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Unter-
suchungen: _____

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

Nachweis von HBs-Antigen im Serum

negativ positiv

Datum der
Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des
Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

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: _____

2

Stempel des Arztes

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: _____

3

Unterschrift des Arztes

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

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-Antikörpertest-Kontrolle

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

negativ positiv, Titer 1: _____

bzw. IE/ml: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 4)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

3

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: _____

2

Stempel des Arztes

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: _____

3

Unterschrift des Arztes

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

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

durchgeführt

Protokoll-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

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

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

3

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

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: _____

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 4)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

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

◀ **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

Besonderheiten

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

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

◀ 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

Besonderheiten

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

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

Besonderheiten

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

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

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

Besonderheiten

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

Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

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

Besonderheiten

◀ 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

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

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

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
- g) Zur Zahngesundheit

B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche _____
- | | |
|------------------------------------|--|
| 28. Dauermedikation | 42. Anämie |
| 29. Abusus | 43. Harnwegsinfektion |
| 30. Besondere psychische Belastung | 44. Indirekter Coombstest positiv |
| 31. Besondere soziale Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW | 47. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 34. Placenta praevia | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme |
| 35. Mehrlingsschwangerschaft | 49. Hypotonie |
| 36. Hydramnion | 50. Gestationsdiabetes |
| 37. Oligohydramnie | 51. Einstellungsanomalie |
| 38. Terminunklarheit | 52. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ |
| 39. Placenta-Insuffizienz | |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |

Terminbestimmung

Zyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
 Konzeptionstermin (soweit sicher): _____
 Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW

Berechneter Entbindungstermin:

Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert):

Kommentar _____

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Versorgungserkennung

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

Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

- Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche _____
- | | |
|--------------------------------|--|
| Dauermedikation | 42. Anämie |
| Abusus | 43. Harnwegsinfektion |
| Besondere psychische Belastung | 44. Indirekter Coombstest positiv |
| Besondere soziale Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden |
| Blutungen vor der 28. SSW | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) |
| Blutungen nach der 28. SSW | 47. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| Placenta praevia | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme |
| Mehrlingsschwangerschaft | 49. Hypotonie |
| Hydramnion | 50. Gestationsdiabetes |
| Oligohydramnie | 51. Einstellungsanomalie |
| Terminunklarheit | 52. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ |
| Placenta-Insuffizienz | |
| Isthmozervikale Insuffizienz | |
| Vorzeitige Wehentätigkeit | |

Terminbestimmung

- Menstrationszyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
- Conzeptionstermin (soweit sicher): _____
- Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW
- Rechnerischer Entbindungstermin:
- Entbindungstermin (ggf. nach _____ Verlauf korrigiert):

Kommentar _____

- (Alkohol, Tabak und andere Drogen)
- b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen
 - c) Risikoberatung
 - d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik
 - e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung
 - f) Zum HIV-Antikörpertest
 - g) Zur Zahngesundheit

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

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

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
- g) Zur Zahngesundheit

B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche _____
- | | |
|------------------------------------|--|
| 28. Dauermedikation | 42. Anämie |
| 29. Abusus | 43. Harnwegsinfektion |
| 30. Besondere psychische Belastung | 44. Indirekter Coombstest positiv |
| 31. Besondere soziale Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW | 47. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 34. Placenta praevia | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme |
| 35. Mehrlingsschwangerschaft | 49. Hypotonie |
| 36. Hydramnion | 50. Gestationsdiabetes |
| 37. Oligohydramnie | 51. Einstellungsanomalie |
| 38. Terminunklarheit | 52. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ |
| 39. Placenta-Insuffizienz | |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |

Terminbestimmung

Zyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
Konzeptionstermin (soweit sicher): _____
Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW

Berechneter Entbindungstermin:

Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert):

Kommentar _____

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

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

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

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

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
- g) Zur Zahngesundheit

B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche _____
- | | |
|------------------------------------|---|
| 28. Dauermedikation | 42. Anämie |
| 29. Abusus | 43. Harnwegsinfektion |
| 30. Besondere psychische Belastung | 44. Indirekter Coombstest positiv |
| 31. Besondere soziale Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW | 47. Eiweißausscheidung 1%
(entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 34. Placenta praevia | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme |
| 35. Mehrlingsschwangerschaft | 49. Hypotonie |
| 36. Hydramnion | 50. Gestationsdiabetes |
| 37. Oligohydramnie | 51. Einstellungsanomalie |
| 38. Terminunklarheit | 52. Andere Besonderheiten
ggf. welche _____ |
| 39. Placenta-Insuffizienz | |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |

Terminbestimmung

Zyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
 Konzeptionstermin (soweit sicher): _____
 Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW

Berechneter Entbindungstermin:

Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert):

Kommentar _____

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

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

Besonderheiten

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

von/bis	Klinik	Diagnose	Therapie

Cardiotokographische Befunde

Datum	Rechn. SSW	Beurteilung

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

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

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

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

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
- g) Zur Zahngesundheit

B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche _____
- | | |
|------------------------------------|--|
| 28. Dauermedikation | 42. Anämie |
| 29. Abusus | 43. Harnwegsinfektion |
| 30. Besondere psychische Belastung | 44. Indirekter Coombstest positiv |
| 31. Besondere soziale Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW | 47. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 34. Placenta praevia | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme |
| 35. Mehrlingsschwangerschaft | 49. Hypotonie |
| 36. Hydramnion | 50. Gestationsdiabetes |
| 37. Oligohydramnie | 51. Einstellungsanomalie |
| 38. Terminunklarheit | 52. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ |
| 39. Placenta-Insuffizienz | |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |

Terminbestimmung

Zyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
 Konzeptionstermin (soweit sicher): _____
 Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW

Berechneter Entbindungstermin:

Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert):

Kommentar _____

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

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

Beratung der Schwangeren

- Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel (Alkohol, Tabak und andere Drogen)
- Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen
- Risikoberatung
- Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik
- Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- Zum HIV-Antikörpertest
- Zur Zahngesundheit

B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche _____
- | | |
|------------------------------------|--|
| 28. Dauermedikation | 42. Anämie |
| 29. Abusus | 43. Harnwegsinfektion |
| 30. Besondere psychische Belastung | 44. Indirekter Coombstest positiv |
| 31. Besondere soziale Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW | 47. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 34. Placenta praevia | 48. Mittelgradige – schwere Ödeme |
| 35. Mehrlingsschwangerschaft | 49. Hypotonie |
| 36. Hydramnion | 50. Gestationsdiabetes |
| 37. Oligohydramnie | 51. Einstellungsanomalie |
| 38. Terminunklarheit | 52. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ |
| 39. Placenta-Insuffizienz | |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |

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	Schwangerschaftswoche	SSW ggf. Korr.	Fundusstand Symph.	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung	Ödeme	Varikosis	Gewicht	syst./diast.	RR	Hb (Eryl)	Sediment			Vaginale Untersuchung	Risiko Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
														ggf. Bakteriolog. Bef.	Eiweiß	Zucker			
2.																			
3.																			
4.																			
5.																			
6.																			
7.																			
8.																			
9.																			
10.																			
11.																			
12.																			
13.																			
14.																			

Gravidogramm

Zweiter Ak-Suchtest (24.-27. SSW) am: _____
 Anti-D-Prophylaxe (28.-30. SSW) am: _____
 Untersuchung auf Hepatitis B (32.-40. SSW) am: _____
 In der Entbindungsklinik vorgestellt am: _____

	Datum	Schwangerschaftswoche	SSW ggf. Korr.	Fundusstand Symph.	Fundusabstand	Kindslage	Herzzone	Kindsbewegung	Oedeme	Varikosis	Gewicht	syst./diast.	RR	Hb (Eryl)	Sediment ggf. Bakteriolog. Bef.	Eiweiß	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.																								

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: _____

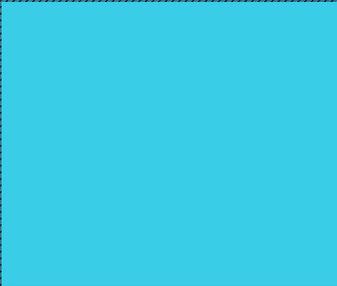
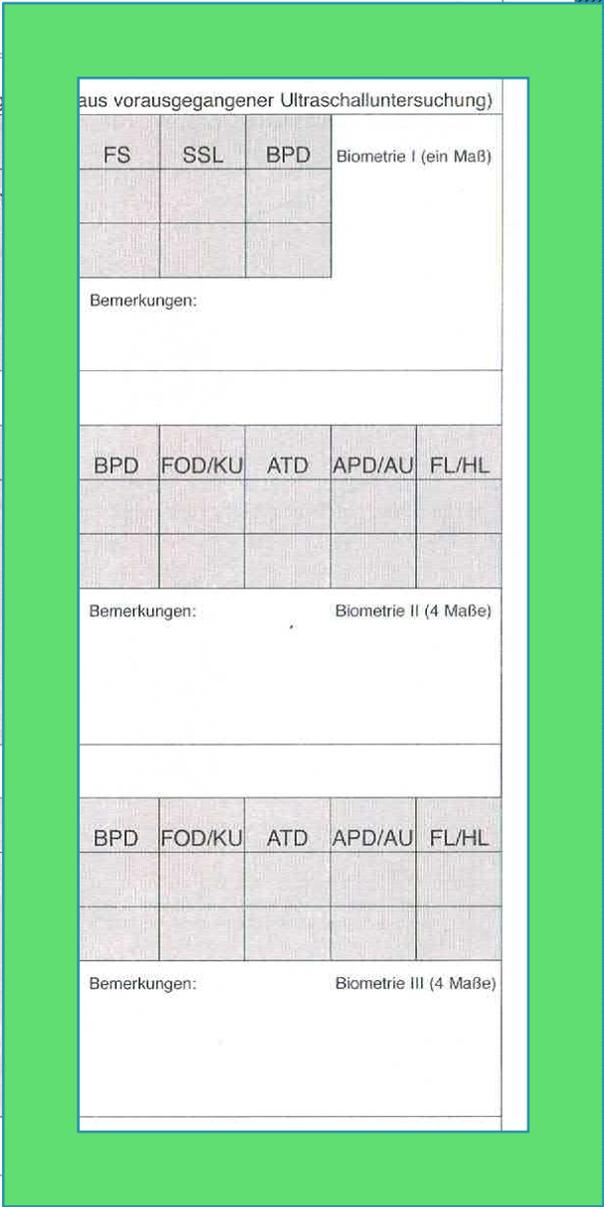
1.	Datum	Schwangerschaftswoche	SSW ggf. Korr.	Fundusstand Symph.	Kindslage	Herztöne	Kindsbewegung	Ödeme	Varikosis	Gewicht	syst./ diast.	RR	Hb (Eryl)	Sediment			Vaginale Unter- suchung	Risiko Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
														ggf. Bakteriolog.	Bef.				
2.																		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

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:			(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)						
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 9.-12. SSW		FS	SSL	BPD	Biometrie I (ein Maß)	
			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"/> nein <input type="radio"/> ja	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 19.-22. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Lebenszeichen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
			Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen: Biometrie II (4 Maße)				
Datum	SSW (LR)		III. Screening 29.-32. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL/HL
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Kindslage: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Lebenszeichen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
			Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen: Biometrie III (4 Maße)				

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:				
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 9.-12. SSW	(z.B. Erg. aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)
			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"/> nein <input type="radio"/> ja	Zeitgerechte <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Entwicklung: <input type="radio"/> Kontrolle Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
				FS SSL BPD Biometrie I (ein Maß)
				Bemerkungen:
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 19.-22. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Lebenszeichen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
			Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
				BPD FOD/KU ATD APD/AU FL/HL
				Bemerkungen: Biometrie II (4 Maße)
Datum	SSW (LR)		III. Screening 29.-32. SSW	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich
			Einling: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Kindslage: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Lebenszeichen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Plazentalok./-struktur: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Kontrolle Kommentar:	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Körperumriss: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja fetaler Strukturen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Herztätigkeit: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bewegung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
			Zeitgerechte Entwicklung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kontrolle	Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
				BPD FOD/KU ATD APD/AU FL/HL
				Bemerkungen: Biometrie III (4 Maße)



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

Alter alleinstehend deutsch
andere _____

Schwangerschaft

Schwangerschaften (mit dieser) Geburten (mit dieser) Erst-Untersuchung in SSW

Anzahl der Vorsorge-Untersuchungen vor Entbindung in Klinik vorgestellt stat. Aufenthalt ante partum in Wochen

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

Datum SSW extern entbunden ja

Geburt

	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 normal ja nein gyn. Befund normal ja nein

Hb RR /

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

Besonderheiten (s. a. S. 16) _____

Wochenbett

	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 _____

Mutter stillt hat nicht gestillt hat abgestillt

Kind: U 3 durchgeführt ja nein 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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____