

(elektronischer) Eltern-Kind-Pass

Untersuchungsprogramm ab 2026

Wien, April 2025

Impressum

Medieninhaber:in und Herausgeber:in:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMASGPK), Stubenring 1, 1010 Wien

Verlagsort: Wien

Wien, 2025. Stand: 5. Mai 2025

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD Rom.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (Hg.); Titel der jeweiligen Publikation, Erscheinungsjahr.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen

Inhalt

Registrierung / Anlegen eEKP	6
ANM1 ANAMNESE bis SSW 16 (bis SSW 15+6)	8
ANM1_A Anamnese der Schwangeren	8
ANM1_B Anamnese der familiären und eigenen Vorbelastungen	10
S1 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 1 – BIS SSW 16 (bis SSW 15+6).....	16
S1_A Derzeitige Schwangerschaft und Befunde	16
BB BESONDERE BEFUNDE	18
U1 ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG - SSW 8-16 (SSW 7+0 bis 15+6).....	21
L1 LABOR 1 bis SSW 16 (bis SSW 15+6)	23
PU SPEZIELLE PRÄNATALDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN.....	26
A1 ALLGEMEIN- UND FAMILIENMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG - SSW 14-20 (SSW 13+0 bis 19+6)	27
A1_A Auflistung ANM1_B Item 26 und Möglichkeit ANM1_B aus allgemein- und familienmedizinischer Sicht zu ergänzen	27
A1_B Untersuchungsbefund	27
B1 GESUNDHEITSGESPRÄCH - SSW 14-20 (SSW 13+0 bis 19+6).....	30
B1_A Anamnestische Angaben psychischer Erkrankungen	30
B1_B Psychosoziale Belastungen	31
B1_C Erhebung sozioökonomischer Belastungen	34
B1_D Sozialanamnestisches Gespräch	35
H1 HEBAMMENBERATUNG 1 – SSW 14-20 (SSW 13+0 bis 19+6)	37
S2 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 2 - SSW 18-22 (SSW 17+0 bis 21+6)	39
S2_A Untersuchungsbefund	39
U2 ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG – SSW 18-22 (SSW 17+0 bis 21+6)	41
B2 ELTERNBERATUNG - SSW 20-35 (SSW 19+0 bis 34+6)	43
S3 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 3 - SSW 24-28 (SSW 23+0 bis 27+6)	44
S3_A Untersuchungsbefund	44
L2 LABOR 2 SSW 24-28 (SSW 23+0 bis 27+6)	46
H2 HEBAMMENBERATUNG 2 - SSW 24–34 (SSW 23+0 bis 33+6)	48
H2_A Psychosoziale Belastungen	48
H2_B Beratung.....	52

S4 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 4 - SSW 30-34 (SSW 29+0 bis 33+6)	53
S4_A Untersuchungsbefund.....	53
U3 ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG - SSW 30-34 (SSW 29+0 bis 33+6)	55
S5 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 5 - SSW 35-38 (SSW 34+0 bis 37+6)	57
S5_A Untersuchungsbefund.....	57
U4 ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG - SSW 35-38 (SSW 34+0 bis 37+6)	59
G GEBURT	61
G_A Geburt.....	61
G_B Das Neugeborene nach der Geburt.....	64
G_C1 Zustand der ehemals Schwangeren bei Entlassung/ im häuslichen Wochenbett	66
G_C2 Zustand des Kindes bei Entlassung.....	67
K1 KINDESUNTERSUCHUNG 1 – 1. LW.....	69
K1_A Kontrolle nach ambulanter Geburt bzw. frühzeitiger Entlassung in der 1. LW	69
K1_B Untersuchungsbefund.....	69
K1_C Neonatale Erkrankungen und Therapien	72
HU1 Hüftultraschall in der 1. LW	74
HS1 HÖRSCREENING - 1.– 4. LW.....	75
H3 HEBAMMENBERATUNG 3 – 4.-8. LW.....	77
H3_A Psychosoziale Belastungen.....	77
H3_B Erhebung sozioökonomische Belastungen.....	81
H3_C Hebammenberatung.....	83
K2 KINDESUNTERSUCHUNG 2 – 4.-7. LW.....	84
K2_A Untersuchungsbefund.....	84
OU Orthopädische Untersuchung	86
HU2 Hüftultraschall 6.-8. LW	89
K3 KINDESUNTERSUCHUNG 3 – 3.–5. LM	90
K3_A Untersuchungsbefund.....	90
K3_B Psychosoziale Belastungen	92
K4 KINDESUNTERSUCHUNG 4 – 7.–9. LM	97
K4_A Untersuchungsbefund.....	97
HNO HNO-Untersuchung	99
K5 KINDESUNTERSUCHUNG 5 – 10.–14. LM	101
K5_A Untersuchungsbefund.....	101
AU AUGENUNTERSUCHUNG	104

K6 KINDESUNTERSUCHUNG 6 – 22.–26. LM	105
K6_A Untersuchungsbefund.....	105
AFU1 AUGENFACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG – 22.-36. LM	108
K7 KINDESUNTERSUCHUNG 7 – 34.–38. LM	110
K7_A Untersuchungsbefund.....	110
K8 KINDESUNTERSUCHUNG 8 – 46.–50. LM	113
K8_A Untersuchungsbefund.....	113
K9 KINDESUNTERSUCHUNG 9 – 58.–62. LM	116
K9_A Untersuchungsbefund.....	116
Anhang	120

Registrierung / Anlegen eEKP

Stammdaten Mutter (einmalige Eingabe bei Anlage)

Familiennamen:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer (10-stellig):

Erster Tag der letzten normalen Regel:

Errechneter Geburtstermin (automatische Berechnung):

(Abruf aus Register)

bPK-GH:

Geschlecht:

Staatsbürgerschaft:

Geburtsort

GKZ (5-stellig):

Telefonnummer (Selbsteingabe):

E-Mail (Selbsteingabe):

Wo ist die Geburt vorgesehen(Selbsteingabe):

Notfallkontakt (Selbsteingabe):

- Familienname:
- Vorname:
- Telefonnummer:

Stammdaten Kind (automatische Übernahme bzw. einmalige Eingabe bei Anlage)

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer (10-stellig):

(Abruf aus Register)

bPK-GH:

Geschlecht:

Staatsbürgerschaft:

Geburtsort:

GKZ (5-stellig):

Notfallkontakt (Selbsteingabe):

- Familienname:
- Vorname:
- Telefonnummer:

GDA (über Authentifizierung eEKP automatisch (OID) eingespielt)

Familienname:

Vorname:

Geschlecht:

Medizinische Fachrichtung(en):

GKZ (5-stellig) der Ordination/Praxis:

ANM1 ANAMNESE bis SSW 16 (bis SSW 15+6)

ANM1_A Anamnese der Schwangeren

1. Geburtsdatum: TT.MM.JJJJ

2. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

3. Aktuelles Alter (automatische Berechnung):

4. Alter bei Geburt (automatische Berechnung):

5. Gewicht vor der Schwangerschaft (in kg):

6. Größe (in cm) :

7. BMI (kg/m²) (auomatische Berechnung):

Medizinische Beratung/Begleitung empfohlen o ja o nein

8. Gesundheitsförderliche Beratung erfolgt o ja o nein

9. Über unterstützende Angebote während der Schwangerschaft informiert
o ja o nein

Wenn ja, über welche:

☐ Umfassendes Gesundheitsförderungsangebot (z.B. REVAN, GEVAN)

☐ Bewegung

☐ Ernährung

☐ Unterstützungsangebote (z. B. Frühe Hilfen)

☐ Beratungsstellen (z.B. für Gewaltbetroffenheit)

☐ Sonstiges (Freitextfeld):

10. Aufgrund bisheriger medizinischer Risikofaktoren Überweisung zur weiteren
medizinischen Diagnostik, Therapie und Begleitung: o ja o nein

Wenn ja, wohin (Freitext):

11. Menses regelmäßig o ja o nein o nicht erhoben

12. Zyklusdauer von:..... bis:..... (in Tagen) o nicht erhoben

20. Geburtsmodus: o spontan o vag.operativ o Sectio
 o nicht erhoben

21. Komplikationen bei Geburt und im Wochenbett

- ☐ Keine ☐ Uterusatonie ☐ Dammriss III/ IV
☐ Thrombose/Lungenembolie ☐ Plazentalösungsstörung
☐ Sonstiges (z.B. Dammschnitt) (Freitext):

22. Schwere Erkrankung des Kindes o nein o ja
 Wenn ja:(Freitext)

23. Fehlbildungen beim Kind o nein o ja
 Wenn ja:(Freitext)

24. Genetische Besonderheiten des Kindes o nein o ja
 Wenn ja:(Freitext)

ANM1_B Anamnese der familiären und eigenen Vorbelastungen

25. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

26. Bekannte eigene Erkrankungen:

- ☐ Keine
☐ Hypertonie unabhängig von der SS
☐ Hypertonie in vorangegangener SS
☐ Gestationsdiabetes
☐ Gerinnungsstörung
 Wenn ja, wer und welche (Freitext):
☐ Schilddrüsendysfunktion
 Wenn ja, wer und welche (Freitext):
☐ Pulmonale Erkrankung
 Wenn ja, wer und welche (Freitext):
☐ Orthopädische Erkrankung
 Wenn ja, wer und welche (Freitext):
☐ Neurologische Erkrankung
 Wenn ja, wer und welche (Freitext):

- ☐ Psychiatrische Erkrankung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Immunologische Erkrankung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Maligne Erkrankung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Renale Erkrankung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Kardiovaskuläre Erkrankung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Hereditäre Erkrankung oder angeborene Fehlbildungen
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Sonstige Erkrankungen (Freitext):
- ☐ Auffälligkeit Stimmung und Schlaf
- ☐ Unfallgefährdung oder Schadstoffexposition im beruflichen oder privaten Umfeld (sportliche Betätigung, Landwirtschaft...)

926. Bekannte familiäre Erkrankungen:

- ☐ Keine
- ☐ Hypertonie unabhängig von der SS
- ☐ Hypertonie in vorangegangener SS
- ☐ Gestationsdiabetes
- ☐ Gerinnungsstörung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Schilddrüsendysfunktion
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Pulmonale Erkrankung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Orthopädische Erkrankung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Neurologische Erkrankung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Psychiatrische Erkrankung
Wenn ja, wer und welche (Freitext):
- ☐ Immunologische Erkrankung

31. Varizellen-Infektion/Impfung o ja o nein (→ serologischer Test)
o unbekannt (→ serologischer Test)

32. Röteln-Infektion/Impfung: o ja o nein (→ serologischer Test)
o unbekannt (→ serologischer Test)

33. Masern-Infektion/2 Impfungen: o ja o nein (→ serologischer Test)
o unbekannt (→ serologischer Test)

34. Impfeempfehlungen für die Eltern:

☐ Influenza

☐ COVID-19

☐ Pertussis (27.-36. SSW)

☐ Sonstige (Freitext):

35. Frühere, relevante Operationen o ja o nein o nicht erhoben
Wenn ja (Freitext):

36. Metabolisch-bariatrische Operationen o ja o nein o nicht erhoben
Wenn ja, welche (Freitext):

37. Sectio oder andere gynäkologische Operationen o ja o nein
o nicht erhoben

Wenn ja, welche:

☐ Sectio

☐ Konisation

☐ Myomenukleation

☐ Cerclage

☐ Sonstige (Freitext):

38. Bedarfsmedikation o ja o nein o nicht erhoben
Wenn ja, welche (Wirkstoff oder Markenname, Dosierung):
Medikamentenanpassung aufgrund der SS (Freitext) :.....

39. Dauermedikation o ja o nein o nicht erhoben

Wenn ja, welche (Wirkstoff oder Markenname, Dosierung):

Medikamentenanpassung aufgrund der SS (Freitext):

40. Allergie bekannt o ja o nein o nicht erhoben

Wenn ja:

☐ Medikamente

Wenn ja, welche:

☐ Jod

☐ Pflaster

☐ Pollen

☐ Hausstaubmilben

☐ Nahrungsmittel

Wenn ja, welche:

☐ Tierhaare

☐ Insektengift

☐ Kontaktallergene

☐ Sonstige (Freitext):

41. Ernährungsbesonderheiten o ja o nein o nicht erhoben

Wenn ja, welche (Freitext) (Hinweistext: vegetarische/vegane Ernährung):.....

42. Raucherin vor der Schwangerschaft (Hinweistext: Zigaretten, E-Zigaretten und Tabakerhitzer) o ja o nein o nicht erhoben

Wenn ja:

Raucherin seit Bekanntwerden der Schwangerschaft

o ja o nein

Zig/d:

Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft

(e-Zigaretten, Tabakerhitzer und Nikotinbeutel) o ja o nein

o nicht erhoben

☐ Aufklärung und ggf. Beratung zur Rauchentwöhnung empfohlen

43. Wie häufig haben Sie bis zur Schwangerschaft Alkohol getrunken?

o nie o selten/manchmal o (fast) täglich o nicht erhoben

44. Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?

☐ nie ☐ selten/manchmal ☐ (fast) täglich

☐ Aufklärung/Beratung über die möglichen Folgen für das Kind erfolgt

45. Gibt oder gab es Drogenkonsum ☐ nein ☐ ja ☐ nicht erhoben

Wenn ja:

☐ Aufklärung/Beratung über die Folgen für das Kind

☐ Überweisung an spezialisierte Einrichtung

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

46. Unter Berücksichtigung Ihres derzeitigen Einkommens, wie kommen Sie damit über die Runden? ☐ gut ☐ weniger gut ☐ gar nicht gut ☐ keine Angabe

946. Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen?

☐ ja ☐ nein ☐ Nicht erhoben

947. Wenn 46. ja oder bei 946. weniger gut und gar nicht gut:

☐ Information/Ermutigung bzgl. möglicher Hilfestellungen (z.B. Frühe Hilfen) und zur Inanspruchnahme erfolgt

Wenn ja, an welche konkreten Angebote (Freitext):.....

S1 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 1

– BIS SSW 16 (bis SSW 15+6)

S1_A Derzeitige Schwangerschaft und Befunde

47. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

48. Sterilitätsbehandlung: o ja o nein o nicht erhoben

Wenn ja, welche:

☐ Stimulation mit Hormonen

☐ IVF: Datum der Eizellentnahme (Alter wird automatisch berechnet)

☐ Intra-Cytoplasmatische Spermien-Injektion (ICSI)

☐ Eizellenspende: Alter der Spenderin (wenn bekannt):.....

☐ Sonstige Anmerkungen (Freitext):.....

54. Gewicht (in kg)

55. Bisherige Gewichtszunahme (automatische Berechnung)

Blutdruck:

56. SYS

57. DIA

58. Puls

972. Überweisung erforderlich o nein o ja

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

59. Ödeme o ja o nein o nicht erhoben

Anmerkungen (Freitext):.....

60. Varizen o ja o nein o nicht erhoben

Anmerkungen (Freitext z.B. Lokalisation):

61. Gyn-Befund o unauffällig o auffällig o nicht erhoben
Wenn auffällig: Genitalverstümmelung (FGM) o nein o ja

Wenn ja:

☐ Aufklärung/Beratung über die Folgen für Schwangerschaft und Geburt

☐ Überweisung an spezialisierte Einrichtung

☐ Information/Ermutigung bzgl. möglicher Hilfestellungen (z.B.
Beratungseinrichtungen für kulturell bedingte Gewalt)

Wenn auffällig: Weitere Auffälligkeiten:(Freitext: z.B. Zervixlänge):

62. PAP abgenommen o nein, weil aktueller Befund (<6 Monate) vorhanden
o ja o nicht erhoben

Ergebnis PAP-Test (Freitext):

63. vag. Sekret (nativ) o unauffällig o auffällig o nicht beurteilbar

Wenn auffällig: weiteres Vorgehen und ggf. Therapie (Freitext):

~~374. Chlamydien Trachomatis/Neisseria gonorr. o negativ o positiv
o nicht erhoben~~

~~Wenn positiv, Ergebnis (Freitext):~~

64. Harnbefund: o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:

☐ Bakterien

☐ Leukozyten

☐ Nitrit

☐ Eiweiß

☐ Keton

☐ Glukose

☐ Erythrozyten

☐ Sonstige (Freitext):

Weiteres Vorgehen und ggf. Therapie (Freitext):

65. weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie, etc.:.....

BB BESONDERE BEFUNDE

66. Besondere Befunde (diese Items können bei jeder Untersuchung der Schwangeren angekreuzt werden)

- ☐ Blutung vor der SSW 28
Wenn ja, Datum:
- ☐ Blutung nach der SSW 28
Wenn ja, Datum:
- ☐ Placenta praevia
- ☐ Placentainsuffizienz
- ☐ Plazentaauffälligkeiten:
- ☐ Toxoplasmose
- ☐ Nabelschnurauffälligkeiten:
- ☐ Polyhydramnion
- ☐ Oligohydramnion
- ☐ Anhydramnion
- ☐ Vorzeitige Wehentätigkeit
- ☐ Zervixinsuffizienz
- ☐ Anämie
- ☐ rezidivierende Harnwegsinfekte
- ☐ Relevante antierythrozytäre Antikörper
- ☐ Risiko aus serologischen Befunden
- ☐ Blutungsrisiko
- ☐ Hypertonie (> 140/90mmHg)
- ☐ Eiweißausscheidung > 1g/l
- ☐ Mittelgradige – generalisierte Ödeme
- ☐ Gestationsdiabetes
 - ☐ Insulinpflichtig
 - ☐ Diätetisch behandelt
- ☐ Insulinpflichtig
- ☐ Besondere psychosoziale Belastungen
- ☐ Missbräuchlicher Substanzkonsum in der SS
- ☐ Tabakkonsum in der SS

- ☐ Behandlungsbedürftige Erkrankungen
- ☐ Auffällige Gewichtszunahme:
- ☐ Präkonzeptionelles Über-/Untergewicht
 - ☐ BMI:
- ☐ Andere Auffälligkeiten (Freitext).....
- ☐ Verordnungen und andere Befunde (Freitext:).....
- ☐ Fetale Auffälligkeiten während der Schwangerschaft (Freitext).....
- ☐ Stationäre oder ambulante Behandlung während der Schwangerschaft (Freitext).....
- ☐ Weitere Eintragungen (Freitext; z.B. Therapien)

70. Vorzeitiger Mutterschutz (möglich ab SSW 15 plus 0) o ja o nein

Wenn ja, Indikation (Hinweistext: Bundesgesetzblatt MSchV) (Dropdown):

- ☐ Anämie mit Hämoglobin im Blut < 8,5 g/dl mit zusätzlicher kardiopulmonaler Symptomatik
- ☐ Auffälligkeiten im pränatalen Ultraschall mit drohendem Risiko einer Frühgeburt unter laufender Therapie (zB Polyhydramnion)
- ☐ belastete Anamnese mit Status post spontanem Spätabort oder Frühgeburt eines Einlings (16. bis 36. Schwangerschaftswoche)
- ☐ insulinpflichtiger Diabetes Mellitus (IDDM) mit rezidivierenden Hyper- oder Hypoglykämien
- ☐ kongenitale Fehlbildungen
- ☐ Mehrlingsschwangerschaften
- ☐ eine oder mehrere Organtransplantationen, denen die werdende Mutter unterzogen wurde
- ☐ Plazenta praevia totalis bzw. partialis ab der 20. Schwangerschaftswoche
- ☐ Präeklampsie, E-P-H-Gestose
- ☐ sonographisch bewiesene subamniotale oder subplazentare Einblutungszone(n) (Hämatome) mit klinischer Symptomatik
- ☐ Status post Konisation
- ☐ thromboembolische Geschehen in der laufenden Schwangerschaft
- ☐ Fehlbildungen des Uterus
- ☐ Verdacht auf Plazenta increta/percreta inklusive Narbeninvasion ab der 20. Schwangerschaftswoche
- ☐ vorzeitige Wehen bei Zustand nach Tokolyse im Krankenhaus
- ☐ Wachstumsretardierung mit nachgewiesener Mangelversorgung des Feten

☐ Zervixinsuffizienz: Zervixlänge unter 25 mm Länge und/oder Cerclage in laufender Schwangerschaft

☐ Sonstige/Verweis an Amtsarzt/Amtsärztin (Freitext):

Beantragt am:

Arbeitsrechtliche Freistellung o ja o nein

Wenn ja, Indikation (Hinweis: Rechtliche Grundlage im Dropdown):

Beantragt am:

U1 ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG - SSW 8-16 (SSW 7+0 bis 15+6)

Ultraschallbefund:

71. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

73. SSW + d laut Ultraschall:

74. Geburtstermin laut US:

75. Mehrlingsschwangerschaft

☐ ja

☐ nein

76. Zahl der Feten:

Wenn Mehrlingsschwangerschaft:

☐ monochorial

☐ dichorial

☐ nicht erhoben

Wenn monochorial:

☐ diamnial

☐ monoamnial

Sonstige (Freitext):

77.-79.: Vermehrung bei Mehrlingsschwangerschaft

77. Lokalisation der Gestation:

☐ Intrauteriner Sitz

☐ Extrauteriner Sitz

78. Herzaktion

☐ positiv

☐ negativ

79. SSL des Embryos in mm

80. Auffälligkeiten Uterus und/oder Adnexeo

☐ ja

☐ nein

☐ nicht erhoben

Wenn ja, welche (Freitext):

81. Erschwerte Untersuchungsbedingungen

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wodurch:

☐ Adipositas

☐ Myome

☐ Darmgasüberlagerung

☐ ungünstige fetale Lage

☐ Sonstiges (Freitext):

82. Aufklärung über pränatale Untersuchungen erfolgt? o ja o nein
Wenn nein (Freitext, z.B. Grund für Ablehnung):

83. Kontrollbedarf o ja o nein
Wenn ja, warum (Freitext):

84. weiterführende Untersuchung veranlasst o ja o nein
Wenn ja, weil (Freitext):

85. Anmerkungen (Freitext lang):

L1 LABOR 1 bis SSW 16 (bis SSW 15+6)

Laborbefund aus venösem Blut bzw. Spontanharn:

86. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

Blutgruppenserologie

88. Blutgruppe o A o B o AB o 0 o Nicht erhoben

89. RhD-Faktor o positiv o negativ
o Dvar: (Freitext; Hinweistext: Spezifikation der Variante).....

~~Fetaler RhD Faktorbestimmung mittels zellfreier DNA in L2 empfohlen ☐~~

~~Rhesusprophylaxe empfohlen o ja o nein~~

90. Antikörper-Suchtest o negativ o positiv o nicht erhoben

Wenn positiv: Spezifität des Antikörpers:

Titer des Antikörpers:

Anmerkungen (Freitext lang; z.B. Eigenschaften des Antikörpers):.....

Infektionsserologie

~~91. CMV Antikörper o negativ o positiv o nicht erhoben~~

~~92. PARVOB19 Antikörper o negativ o positiv o nicht erhoben~~

94. HIV Kombitest (Antigen/Antikörper) o negativ o positiv o ausständig

95. Lues Reaktion o negativ o positiv o nicht erhoben

~~96. Masern Antikörper o negativ o positiv o nicht erhoben~~

97. Röteln-Antikörper o negativ o positiv o nicht erhoben

~~98. Varizellen Antikörper o negativ o positiv o nicht erhoben~~

Toxoplasmose-Untersuchungen:

99. Toxoplasmose-Vorbefund früherer Schwangerschaften

o negativ o positiv: Toxoplasmose Titer (IE):..... aus Vorbefund

o nicht erhoben

Wenn negativ oder nicht erhoben:

Aktueller Befund:

o negativ o positiv: Toxoplasmose-Titer (IE):.....aus aktuellem Befund
o nicht erhoben

Wenn negativ oder nicht erhoben: Wenn Toxoplasmose-Kontrolle
notwendig, empfohlen im Zeitraum von:

Blutbild komplett:

- 101. Leukozytenanzahl(G/l)
- 102. Granulozyten.....%
- 103. Lymphozyten.....%
- 104. Monozyten.....%
- 105. Eosinophile Granulozyten.....%
- 106. Basophile Granulozyten.....%
- 107. Erythrozytenanzahl:M/ μ l
- 108. Hämatokrit:%
- 109. Hämoglobin:g/dl
- 110. MCH:(pg)
- 111. MCV:(fl)
- 112. Thrombozyten.....(G/l)

Klinisch-chemische Parameter:

113. TSH-Bestimmung:mIU/l

114. oGTT bei erhöhtem Risiko

☐ Blutzuckermessung oGTT (75g Glukose) -

nüchtern: mg/dl

1h: mg/dl

2h: mg/dl

Wenn auffällig, Überweisung an (Freitext).....

☐ Nicht oder nicht vollständig durchgeführt, weil (Freitext) (bei oGTT Ablehnung,
Bestimmung des Nüchtern-Blutzuckers)

115. Harnbefund (semiquantitativ): o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:

☐ Bakterien

☐ Leukozyten

☐ Nitrit

- ☐ Eiweiß
- ☐ Keton
- ☐ Glukose
- ☐ Erythrozyten
- ☐ Sonstige (Freitext):

100. Sonstige Anmerkungen (Freitext):

PU SPEZIELLE PRÄNATALDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN

Untersuchungsbefund (falls durchgeführt):

116. ☐ Erst-Trimester-Screening:

☐ NIPT (Trisomie 21, 18, 13)

Datum:.....

☐ Combined test

Datum:.....

☐ Präeklampsiescreening

Datum:.....

Sonstiges (Freitext):

117. ☐ Organscreening

Datum:.....

Sonstiges (Freitext):

119. ☐ CVS/AC

Datum:.....

Sonstiges (Freitext):

A1 ALLGEMEIN- UND FAMILIENMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG - SSW 14-20 (SSW 13+0 bis 19+6)

**A1_A Auflistung ANM1_B Item 26 und Möglichkeit ANM1_B aus
allgemein- und familienmedizinischer Sicht zu ergänzen**

A1_B Untersuchungsbefund

131. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

133. Befundbesprechung / Auffälligkeiten / Zwischenanamnese:.....

134. Nase, Rachen o unauffällig o auffällig o nicht beurteilbar

Wenn auffällig:

- ☐ Schwangerschaftsrhinitis
- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Sonstiges (Freitext):

135. Hals, Schilddrüse o unauffällig o auffällig o nicht beurteilbar

Wenn auffällig:

- ☐ Struma
- ☐ Sonstiges (Freitext):

136. Herz-Kreislauf o unauffällig o auffällig o nicht beurteilbar

Wenn auffällig:

- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Palpitationen
- ☐ Herzgeräusche
- ☐ Frequenz
- ☐ Sonstiges (Freitext):

Blutdruck:

137. SYS

138. DIA

139. Puls

- ☐ Hypertonie
- ☐ Hypotonie
- ☐ Kollapsneigung
- ☐ Schwindel
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Sonstiges (Freitext):

140. Lunge o unauffällig o auffällig o nicht beurteilbar

Wenn auffällig:

- ☐ Asthma
- ☐ chronische (Raucher-)Bronchitis
- ☐ Sonstiges (Freitext):

141. Abdomen o unauffällig o auffällig o nicht beurteilbar

Wenn auffällig:

- ☐ Hernien
- ☐ gastroösophagealer Reflux
- ☐ Meteorismus
- ☐ Obstipation
- ☐ Sonstiges (Freitext):

142. Skelett, Extremitäten o unauffällig o auffällig o nicht beurteilbar

Wenn auffällig:

- ☐ muskuläre Insuffizienzen (insbesondere lumbal)
- ☐ Fehlhaltungen der Wirbelsäule
- ☐ Beinfehlstellungen
- ☐ Sonstiges (Freitext):

143. Haut o unauffällig o auffällig o nicht beurteilbar

Wenn auffällig:

- ☐ Pruritus gestationis
- ☐ Striae
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Varikosis

- ☐ Beinödeme
- ☐ Intertrigo
- ☐ auffällige Hämatome
- ☐ Sonstiges (Freitext):

144. Nervensystem o unauffällig o auffällig o nicht beurteilbar

Wenn auffällig:

- ☐ Parästhesien
- ☐ Carpaltunnelsyndrom
- ☐ Sonstiges (Freitext):

145. Gesamtbefund o unauffällig o auffällig

Wenn auffällig (Freitext):

146. Weitere medizinische Beratung/Begleitung empfohlen o ja o nein

147. Kontrollen dringend empfohlen o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

B1 GESUNDHEITSGESPRÄCH - SSW 14-20 (SSW 13+0 bis 19+6)

B1_A Anamnестische Angaben psychischer Erkrankungen

148. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

149. Gibt es in der Familie 1. Grades eine psychische Erkrankung?

☐ nein ☐ ja ☐ keine Angabe

150. Hatten Mutter oder Schwester psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft, bei Geburt oder im Wochenbett?

☐ nein ☐ ja ☐ keine Angabe

151. Gibt es eine bereits diagnostizierte eigene psychische Erkrankung?

☐ nein ☐ ja ☐ keine Angabe

Wenn ja:

- ☐ Affektive Störung (Depression, bipolare Störung, Manie)
- ☐ Angststörung
- ☐ Suchterkrankung
- ☐ Psychose
- ☐ Essstörungen
- ☐ Sonstiges (Freitext):

B1_B Psychosoziale Belastungen

152. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

939. Gespräch zu den psychosozialen Belastungen möglich ☐ ja ☐ nein
Wenn nein, Grund: ☐ abgelehnt ☐ kein 4-Augengespräch möglich

PHQ-2

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

154. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

- | | |
|--|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tag | ☐ Beinahe jeden Tag |

155. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

- | | |
|--|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tag | ☐ Beinahe jeden Tag |

156. **PHQ-2**Punkte

Wenn PHQ-2 ≥ 3 Punkte → **EPDS** (wenn diese Punkte überschritten werden, öffnet sich EPDS automatisch)

EPDS

So fühlten Sie sich während der letzten Woche

157. Sie konnten lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- | | |
|---|--|
| ☐ Genauso oft wie früher | ☐ Nicht ganz so oft wie früher |
| ☐ Eher weniger als früher | ☐ Überhaupt nie |

158. Es gab vieles, auf das Sie sich freuten:

- | | |
|--|---|
| ☐ So oft wie früher | ☐ Eher weniger als früher |
| ☐ Viel seltener als früher | ☐ Fast gar nicht |

159. Sie haben sich unberechtigter Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Ja, sehr oft | ☐ Ja, manchmal |
| ☐ Nicht sehr oft | ☐ Nein, nie |

160. Sie waren ängstlich und machten sich unbegründet Sorgen:

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Nein, nie | ☐ Ganz selten |
| ☐ Ja, manchmal | ☐ Ja, sehr oft |

161. Sie fühlten sich verängstigt und wurden panisch ohne wirklichen Grund:

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Ja, ziemlich oft | ☐ Ja, manchmal |
|--|------------------------------------|

☐ Nein, fast nie

☐ Nein, überhaupt nie

162. Ihnen ist alles zuviel geworden:

☐ Ja, Sie wussten sich überhaupt nicht mehr zu helfen

☐ Ja, Sie wussten sich manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen

☐ Nein, Sie wussten sich meistens zu helfen

☐ Nein, Sie konnten alles so gut wie immer bewältigen

163. Sie waren so unglücklich, dass Sie kaum schlafen konnten:

☐ Ja, fast immer

☐ Ja, manchmal

☐ Nein, nicht sehr oft

☐ Nein, nie

164. Sie waren traurig und fühlten sich elend:

☐ Ja, sehr oft

☐ Ja, ziemlich oft

☐ Nein, nicht sehr oft

☐ Nein, nie

165. Sie waren so unglücklich, dass Sie weinen mussten:

☐ Ja, sehr oft

☐ Ja, ziemlich oft

☐ Nur manchmal

☐ Nein, nie

166. Gelegentlich kam Ihnen der Gedanke, sich etwas anzutun:

☐ Ja, oft

☐ Manchmal

☐ Selten

☐ Nein, nie

167. **EPDS-Punkte**Punkte (errechnet sich automatisch)

959. Ergebnis: ☐ unauffällig

☐ auffällig

☐ erhöhte Wachsamkeit

GAD-2

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

168. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

☐ Überhaupt nicht

☐ An einzelnen Tagen

☐ An mehr als der Hälfte der Tage

☐ Beinahe jeden Tag

169. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

☐ Überhaupt nicht

☐ An einzelnen Tagen

☐ An mehr als der Hälfte der Tage

☐ Beinahe jeden Tag

170. **GAD-2**Punkte

Wenn GAD-2 ≥ 3 Punkte → **GAD-7**

GAD-7

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

171. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

172. Schwierigkeiten zu entspannen

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

173. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

174. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

175. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

176. **GAD-7**Punkte (errechnet sich automatisch)

959. Ergebnis: ☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ erhöhte Wachsamkeit

177. Ergebnis besprochen und Optionen aufgezeigt ☐ ja ☐ nein

178. Überweisung an Fachperson erfolgt ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

179. Patientin aktuell in Behandlung ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

- ☐ Klinisch-psychologische Behandlung
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Psychiatrische Behandlung
- ☐ Allgemeinmedizinische Behandlung
- ☐ Medikamentöse Behandlung

Wenn ja, welche (Wirkstoff, Hersteller, Dosierung):

☐ Sonstiges (Freitext):

☐ Sonstiges (Freitext):

180. Anmerkungen (Freitext kurz):

B1_C Erhebung sozioökonomischer Belastungen

181. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

182. Haben Sie genug Geld, um ihren Alltag (Wohnen, Nahrungsmittel, Kleidung, Heizung etc.) finanzieren zu können? o ja o nein o nicht erhoben

183. Fühlen Sie sich ausreichend sozial, emotional, etc. durch Partner:in, Familie, Freundinnen/Freunde und/oder Nachbarn unterstützt bzw. haben das Gefühl, dass sie bei Bedarf auf Unterstützung zurückgreifen können? (auch in Hinblick auf die Zeit nach der Geburt) o ja o nein o nicht erhoben

184. Haben Sie Betreuungspflichten, z.B. für weitere Kinder, Angehörige oder Eltern? o ja o nein o nicht erhoben

185. Verfügen Sie Ihrer Einschätzung nach über ausreichend Möglichkeiten, etwaige Belastungen bewältigen zu können? o ja o nein o nicht erhoben

186. Fühlen Sie sich mit ihrer derzeitigen Lebenssituation manchmal überfordert? o ja o nein o nicht erhoben

187. Gibt es etwas in ihrem Leben (z.B. Arbeitssituation, persönliche Beziehungen), das ihnen Sorgen macht / Sie belastet? o ja o nein o nicht erhoben

188. Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen? o ja o nein o nicht erhoben

948. Wenn bei 182-188 einmal nein vorhanden:

☐ Information/Beratung bzgl. möglicher Hilfestellungen (z.B. Frühe Hilfen) und Ermutigung zur Inanspruchnahme erfolgt

Wenn ja, an welche konkreten Angebote (Freitext):

Im Rahmen des Beratungsgesprächs sind unter Gewährleistung der Privatsphäre und Vertraulichkeit folgende Leitfragen zu stellen (Gespräch über häusliche Gewalt):

189. Gespräch zu häuslicher Gewalt möglich o ja o nein
Wenn nein, Grund: o abgelehnt o Kein 4-Augengespräch möglich

Vergangene Gewalterfahrungen:

190. Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres von jemandem geschlagen, geohrfeigt, getreten oder anderweitig körperlich verletzt?

o ja o nein o nicht erhoben

Wenn ja, besteht weiterhin Kontakt zu dieser Person?

o ja o nein o nicht erhoben

Aktuelle Gewalterfahrungen:

191. Wurden Sie, seit Sie schwanger sind, von jemandem geschlagen, geohrfeigt, getreten oder anderweitig körperlich verletzt?

o ja o nein o nicht erhoben

192. Wurden Sie, seit Sie schwanger sind, von jemandem beschimpft, beleidigt, gedemütigt, bedroht oder anders emotional misshandelt?

o ja o nein o nicht erhoben

Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen:

193. Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres von jemandem zu sexuellen Aktivitäten gezwungen?

o ja o nein o nicht erhoben

194. Anmerkungen (Freitext kurz):

Wenn „ja“ bei einer der vier Fragen zu Gewalt, Interventionen bei Gewalterfahrungen:

☐ Polizeiliche Intervention

☐ Kontaktaufnahme mit geeigneten Angeboten

Wenn ja, mit welchen konkreten Angeboten (Freitext):.....

☐ Information/Beratung bzgl. möglicher Hilfestellungen und Ermutigung zur Inanspruchnahme erfolgt

B1_D Sozialanamnestisches Gespräch

195. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

200. Beratung zu empfohlener Gewichtszunahme / Ernährung erfolgt ☐

201. Planen Sie zu stillen?

o exklusiv/voll

o teilweise

o nein

o nicht erhoben

202. Informationsmaterial zum Stillen überreicht o ja o nein

196. Raucherin vor der Schwangerschaft o ja o nein

o nicht erhoben

Wenn ja: Raucherin während der Schwangerschaft o ja o nein

Zig/d:

Wenn ja: Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft (e-

Zigaretten, Tabakerhitzer und Nikotinbeutel) o nein o ja o nicht erhoben

☐ Aufklärung/Beratung über mögliche Folgen für Kind erfolgt

☐ Aufklärung/Beratung zu rauchfreier Umgebung/Passivrauchen erfolgt

☐ Unterstützungsangebot (Rauchentwöhnung) empfohlen

☐ Mit Zustimmung der Schwangeren Weitervermittlung an geeignete Angebote

Wenn ja, an welche konkreten Angebote (Freitext):

197. Wie häufig haben Sie bis zum Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol

getrunken? o nie o selten/manchmal o (fast) täglich o nicht erhoben

198. Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?

o nie o selten/manchmal o (fast) täglich

Aufklärung/Beratung über die möglichen Folgen für das Kind erfolgt ☐

199. Gibt oder gab es Drogenkonsum? o ja o nein

Wenn ja:

☐ Aufklärung/Beratung über die Folgen für das Kind

☐ Überweisung an spezialisierte Einrichtung

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

203. Weiterführende Beratung empfohlen o ja o nein

Wenn ja, welche (Freitext)

H1 HEBAMMENBERATUNG 1 – SSW

14-20 (SSW 13+0 bis 19+6)

204. Datum der Beratung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

206. Information/Beratung über folgende Themen erfolgt:

- ☐ Schwangerschaftsverlauf, Aufklärung über Geburtsvorbereitung
- ☐ Stillen
- ☐ Ängste/Unsicherheiten
- ☐ gesundheitsförderndes Verhalten
- ☐ persönliche Lebenssituation (Partnerschaft, berufliche Situation, Einkommen, psychische Probleme etc.)
- ☐ psychosoziales Umfeld, Erwartungen und Fragen

207. Auf weitere von der Schwangeren angesprochenen Probleme wurde eingegangen

o ja o nein

208. Besondere Beratungsergebnisse: (Freitext).....

209. Information über REVAN/GEVAN erfolgt: o ja o nein

695. Unter Berücksichtigung Ihres derzeitigen Einkommens, wie kommen Sie damit über die Runden? o gut o weniger gut o gar nicht gut o keine Angabe

210. Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen? o ja o nein
o nicht erhoben

945. (wenn 695 oder 210 gar nicht gut oder nein) Information/Ermutigung bzgl. möglicher Hilfestellungen (z.B. Frühe Hilfen) und Inanspruchnahme erfolgt

Wenn ja, an welche konkreten Angebote (Freitext):

211. Weiterführender Unterstützungsbedarf

- ☐ medizinische Unterstützung (Ärztinnen/Ärzte, Krankenhaus, MTD etc.)
- ☐ psychische Unterstützung (psychologisch, psychotherapeutisch etc.)

- ☐ soziale Unterstützung (sozialarbeiterisch etc.)
- ☐ umfassendere Unterstützung aufgrund von Mehrfachbelastungen (Frühe Hilfen etc.)
- ☐ Information/Beratung bzgl. möglicher Hilfestellungen bei Gewaltbetroffenheit und Ermutigung zur Inanspruchnahme erfolgt

S2 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 2

- SSW 18-22 (SSW 17+0 bis 21+6)

S2_A Untersuchungsbefund

212. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

214. Befundbesprechung / Auffälligkeiten / Zwischenanamnese:

RhD-Faktor: ☐ positiv ☐ negativ ☐ Dvar ☐ nicht erhoben

~~215. Bei Rh negativer Schwangeren: Rhesusprophylaxe durchgeführt ☐ nein ☐ ja~~

~~Wenn ja, Datum: TT.MM.JJJJ~~

216. Gewicht (in kg)

217. Bisherige Gewichtszunahme (automatische Berechnung)

969. Medizinische Beratung/Betreuung empfohlen ☐ ja ☐ nein

Blutdruck:

218. SYS

219. DIA

220. Puls

973. Überweisung erforderlich ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

221. Ödeme ☐ nein ☐ ja ☐ nicht erhoben

Anmerkungen (Freitext):

222. Varizen ☐ nein ☐ ja ☐ nicht erhoben

Anmerkungen (Freitext: z.B. Lokalisation):

223. Gyn. Befund ☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ nicht erhoben

Wenn auffällig (Freitext, z.B. Zervixlänge):

224. Harnbefund: o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:

☐ Bakterien

☐ Leukozyten

☐ Nitrit

☐ Eiweiß

☐ Keton

☐ Glukose

☐ Erythrozyten

☐ Sonstige (Freitext):

Weiteres Vorgehen und ggf. Therapie (Freitext):

225. Nikotin (Zig/d)

(Hinweistext: auch Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft erfragen)

226. Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?

o nie

o selten/manchmal

o (fast) täglich o nicht erhoben

961. Über Folgen von Rauchen und/oder Alkohol in Schwangerschaft aufgeklärt ☐

227. Erhöhtes Risiko auf Zervixinsuffizienz

o nein

o ja

(z.B. durch, Mehrlingsschwangerschaft, Vorangegangene Frühgeburt, bakterielle Infektion, starkes Unter-/Übergewicht, etc.)

228. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapien etc.:

Tabelle Besondere Befunde ---> (auch sonstige Auffälligkeiten, Verordnungen etc. können dort im Freitext angegeben werden).

U2 ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG – SSW 18-22 (SSW 17+0 bis 21+6)

Ultraschallbefund:

229. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

Mehrlingsschwangerschaft: o ja o nein

Zahl der Feten

Wenn Mehrlingsschwangerschaft: o monochorial o dichorial
o nicht erhoben

Wenn monochorial:

☐ diamnial

☐ monoamnial

Sonstige (Freitext):

233. Plazentalokalisation

☐ Vorderwand

☐ Hinterwand

☐ Seitenwand re/li

☐ Fundus

☐ tiefer Plazentasitz:

☐ Plazenta praevia:

Wenn ja: o marginalis o partialis o totalis

235. Zervixlänge(in mm)

236. Zervixinsuffizienz liegt aktuell vor o ja o nein

Weiteres Vorgehen und ggf. Therapie (Freitext):

237.-242.: vermehrt sich bei Mehrlingen

237. Herzaktion o positiv o negativ

238. Fruchtwassermenge o normal o Polyhydramnion
o Oligohydramnion o Anhydramnion

Biometrie (in mm)

239. Biparietaler Durchmesser und/oder Kopfumfang.....

240. Abdomen quer oder Abdomenumfang

241. Femurlänge.....

242. Biometrie entsprechend SSW o ja o nein243. Kontrollbedarf o ja o nein

Wenn ja, warum (Freitext):

244. weiterführende Untersuchung veranlasst o ja o nein

Wenn ja, weil (Freitext):

245. Anmerkungen (Freitext lang):

246. Aufklärung über Organscreening erfolgt o ja o nein

B2 ELTERNBERATUNG - SSW 20-35 (SSW 19+0 bis 34+6)

Elternberatung wurde durchgeführt:

☐ ja

☐ nein

S3 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 3

- SSW 24-28 (SSW 23+0 bis 27+6)

S3_A Untersuchungsbefund

247. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

249. Befundbesprechung / Auffälligkeiten / Zwischenanamnese:

250. Erneute Beratung über Empfehlung der Pertussis-Impfung in der 27.-36. SSW ☐

251. ~~bei Rh-negativer Schwangeren: Rhesusprophylaxe durchgeführt~~ ~~o nein o ja~~

Wenn ja, Datum: TT.MM.JJJJ

252. Organscreening durchgeführt o nein o ja

Wenn ja, relevante Befunde (Freitext):

253. Gewicht (in kg)

254. Bisherige Gewichtszunahme (automatische Berechnung)

968. Medizinische Beratung/Betreuung empfohlen o ja o nein

Blutdruck:

255. SYS

256. DIA

257. Puls

962. Überweisung erforderlich o nein o ja

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

258. Ödeme o nein o ja o nicht erhoben

Wenn ja, Anmerkungen (Freitext):

259. Varizen o nein o ja o nicht erhoben

Wennja, Anmerkungen (Freitext: z.B. Lokalisation):

271. Gyn. Befund o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:(Freitext: z.B. Zervixlänge):

272. Harnbefund: o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:

☐ Bakterien

☐ Leukozyten

☐ Nitrit

☐ Eiweiß

☐ Keton

☐ Glukose

☐ Erythrozyten

☐ Sonstige (Freitext):

Weiteres Vorgehen und ggf. Therapie (Freitext):

273. Nikotin (Zig/d):

(Hinweistext: auch Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft erfragen)

274. Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?

o nie

o selten/manchmal

o (fast) täglich

o nicht erhoben

963.Über Folgen von Rauchen und Alkohol in Schwangerschaft aufgeklärt ☐

275. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapien etc.:

Tabelle besondere Befunde wird angezeigt

L2 LABOR 2 SSW 24-28 (SSW 23+0 bis 27+6)

Laborbefund aus venösem Blut bzw. Spontanharn:

276. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

278. Antikörper-Suchtest o negativ o positiv o nicht erhoben

Wenn positiv: Spezifizierung des Antikörpers (Freitext):

Titer des Antikörpers:

Anmerkungen (Freitext lang): z.B. Eigenschaften des Antikörpers.....

976. RhD-Faktor Schwangere: o positiv o negativ

o Dvar: (Freitext; Hinweistext: Spezifikation der Variante)

279. Fetalen Rh o negativ o positiv o nicht erhoben

~~Wenn fetaler Rh positiv oder nicht erhoben Anti D Prophylaxe erforderlich (28. SSW)~~ ☐

Blutbild:

280. Leukozytenanzahl(G/l)

927. Granulozyten.....%

928. Lymphozyten.....%

929. Monozyten.....%

930. Eosinophile Granulozyten.....%

931. Basophile Granulozyten.....%

281. Erythrozytenanzahl:M/ μ l

282. Hämatokrit:%

283. Hämoglobin:g/dl

284. MCH:(pg)

285. MCV:(fl)

932. Thrombozyten.....(G/l)

Toxoplasmose-Kontrolluntersuchungen bei negativem Vorbefund (letzte Kontrolle nach SSW32):

286. o negativ o positiv: Toxoplasmose-Titer (IE): aus Kontrolluntersuchung

Infektionsserologie

93. HBS Antigen o negativ o positiv o ausständig

291. oGTT

☐ Blutzuckermessung oGTT (75g Glukose)

nüchtern: mg/dl

1h: mg/dl

2h: mg/dl

Wenn auffällig, Überweisung an (Freitext).....

☐ Nicht durchgeführt, weil (Freitext).....

292. Harnbefund (semiquantitativ): o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:

☐ Bakterien

☐ Leukozyten

☐ Nitrit

☐ Eiweiß

☐ Keton

☐ Glukose

☐ Erythrozyten

☐ Sonstige (Freitext):

980. Sonstige Anmerkungen (Freitext):

H2 HEBAMMENBERATUNG 2 - SSW 24–34 (SSW 23+0 bis 33+6)

H2_A Psychosoziale Belastungen

293. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

940. Gespräch zu den psychosozialen Belastungen möglich o ja o nein
Wenn nein, Grund: o abgelehnt o kein 4-Augengespräch möglich

PHQ-2

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

295. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

- | | |
|--|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tag | ☐ Beinahe jeden Tag |

296. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

- | | |
|--|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tag | ☐ Beinahe jeden Tag |

297. PHQ-2Punkte

Wenn PHQ-2 $\geq$ 3 Punkte → **EPDS**

Wenn 297. PHQ-2 $\geq$ 3 Punkte:

953. Durchführung EPDS (298-307) o ja o nein
Wenn nein, Grund: o abgelehnt o individuelles Gespräch durchgeführt

EPDS

So fühlten Sie sich während der letzten Woche

298. Sie konnten lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- | | |
|---|--|
| ☐ Genauso oft wie früher | ☐ Nicht ganz so oft wie früher |
| ☐ Eher weniger als früher | ☐ Überhaupt nie |

299. Es gab vieles, auf das Sie sich freuten:

- ☐ So oft wie früher ☐ Eher weniger als früher
- ☐ Viel seltener als früher ☐ Fast gar nicht
300. Sie haben sich unberechtigter Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:
- ☐ Ja, sehr oft ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nicht sehr oft ☐ Nein, nie
301. Sie waren ängstlich und machten sich unbegründet Sorgen:
- ☐ Nein, nie ☐ Ganz selten
- ☐ Ja, manchmal ☐ Ja, sehr oft
302. Sie fühlten sich verängstigt und wurden panisch ohne wirklichen Grund:
- ☐ Ja, ziemlich oft ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, fast nie ☐ Nein, überhaupt nie
303. Ihnen ist alles zuviel geworden:
- ☐ Ja, Sie wussten sich überhaupt nicht mehr zu helfen
- ☐ Ja, Sie wussten sich manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen
- ☐ Nein, Sie wussten sich meistens zu helfen
- ☐ Nein, Sie konnten alles so gut wie immer bewältigen
304. Sie waren so unglücklich, dass Sie kaum schlafen konnten:
- ☐ Ja, fast immer ☐ Ja, manchmal
- ☐ Nein, nicht sehr oft ☐ Nein, nie
305. Sie waren traurig und fühlten sich elend:
- ☐ Ja, sehr oft ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nein, nicht sehr oft ☐ Nein, nie
306. Sie waren so unglücklich, dass Sie weinen mussten:
- ☐ Ja, sehr oft ☐ Ja, ziemlich oft
- ☐ Nur manchmal ☐ Nein, nie
307. Gelegentlich kam Ihnen der Gedanke, sich etwas anzutun:
- ☐ Ja, oft ☐ Manchmal
- ☐ Selten ☐ Nein, nie

308. **EPDS**Punkte (errechnet sich automatisch)

956. Ergebnis: o unauffällig o auffällig o erhöhte Wachsamkeit

***Folgende Klassifikationen triggern das automatische Befüllen des Ergebnisses:**

EPDS: Die Konsequenzen bei auffälligem EPDS-Fragebogen wurden folgendermaßen definiert:

- Bei ≥ 13 Punkten bei der EPDS (bzw. bei Punkten bei Frage 10 = Suizidalität):
Überweisung an eine der psychischen Diagnostik befähigte Fachperson/Institution
- Bei 10-12 Punkten bei der EPDS (= mäßige Wahrscheinlichkeit für eine Depression):
erhöhte Wachsamkeit und ggfs. Wiederholung des Tests beim nächsten Termin

GAD-2

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

310. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

311. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

312. **GAD-2**Punkte (errechnet sich automatisch)

Wenn $GAD-2 \geq 3$ Punkte → **GAD-7**

Wenn 312 GAD-2 ≥ 3 Punkte:

952. Durchführung GAD-7 (313-317)

☐ ja ☐ nein

Wenn nein, Grund: ☐ abgelehnt ☐ individuelles Gespräch durchgeführt

GAD-7

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

313: Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

314. Schwierigkeiten zu entspannen

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
|---------------------------------------|--|

- o An mehr als der Hälfte der Tage o Beinahe jeden Tag
315. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt
- o Überhaupt nicht o An einzelnen Tagen
- o An mehr als der Hälfte der Tage o Beinahe jeden Tag
316. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit
- o Überhaupt nicht o An einzelnen Tagen
- o An mehr als der Hälfte der Tage o Beinahe jeden Tag
317. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren
- o Überhaupt nicht o An einzelnen Tagen
- o An mehr als der Hälfte der Tage o Beinahe jeden Tag
318. **GAD-7**Punkte (errechnet sich automatisch)
- 957 Ergebnis: o unauffällig o auffällig o erhöhte Wachsamkeit

***Folgende Klassifikationen triggern das automatische Befüllen des Ergebnisses:**

GAD-7: Die empfohlenen Konsequenzen bei auffälligem Ergebnis beim GAD-7 Test wurden folgendermaßen festgelegt:

- Bei ≥ 15 Punkten beim GAD-7: Überweisung an eine der psychischen Diagnostik befähigte Fachperson/Institution
- Bei 10-14 Punkten beim GAD-7 (= mittelgradige Ängstlichkeit): erhöhte Wachsamkeit und ggfs. Wiederholung des Tests beim nächsten Termin

695. Unter Berücksichtigung Ihres derzeitigen Einkommens, wie kommen Sie damit über die Runden? o gut o weniger gut o gar nicht gut o keine Angabe

696. Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen? o ja o nein o Nicht erhoben

Wenn ja:

Wenn 940 ja bzw. wenn 695 oder 696 gar nicht gut oder nein:

320. Ergebnis besprochen und Optionen aufgezeigt o ja o nein

321. Überweisung an Fachperson erfolgt o ja o nein

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

322. Patientin aktuell in Behandlung o ja o nein

Wenn ja, welche:

☐ Klinisch-psychologische Behandlung

- ☐ Sonstiges (Freitext):

S4 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 4

- SSW 30-34 (SSW 29+0 bis 33+6)

S4_A Untersuchungsbefund

330. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

332. Befundbesprechung / Auffälligkeiten / Zwischenanamnese:



333. Gewicht (in kg)

334. Bisherige Gewichtszunahme (automatische Berechnung)

967. Medizinische Beratung/Betreuung empfohlen o ja o nein

Blutdruck:

335. SYS

336. DIA

337. Puls

964. Überweisung erforderlich o nein o ja

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

338. Ödeme o nein o ja o nicht erhoben

Wenn ja, Anmerkungen (Freitext):

339. Varizen o nein o ja o nicht erhoben

Wenn ja, Anmerkungen (Freitext, z.B. Lokalisation):

340. Gyn. Befund o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:(Freitext, z.B. Zervixlänge):

341. Harnbefund: o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:

- ☐ Bakterien
- ☐ Leukozyten
- ☐ Nitrit
- ☐ Eiweiß
- ☐ Keton
- ☐ Glukose
- ☐ Erythrozyten
- ☐ Sonstige (Freitext):
- Weiteres Vorgehen und ggf. Therapie (Freitext):

342. Nikotin (Zig/d):

(Hinweistext: auch Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft erfragen)

343. Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?

o nie o selten/manchmal o (fast) täglich o nicht erhoben

965. Über Folgen von Rauchen und Alkohol in Schwangerschaft aufgeklärt ☐

344. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc.:

Tabelle besondere Befunde scheint auf

U3 ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG - SSW 30-34 (SSW 29+0 bis 33+6)

Ultraschallbefund:

345. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

Mehrlingsschwangerschaft: o ja o nein

348. Zahl der Feten

Wenn Mehrlingsschwangerschaft: o monochorial o dichorial
o nicht erhoben

Wenn monochorial:

☐ diamnial

☐ monoamnial

Sonstige (Freitext):

349. Plazentalokalisation

☐ Vorderwand

☐ Hinterwand

☐ Seitenwand re/li

☐ Fundus

☐ tiefer Plazentasitz:

☐ Plazenta praevia:

Wenn ja: o marginalis o partialis o totalis

933. Plazentaauffälligkeit o nein o ja

Wenn ja, Beschreibung (Freitext: Hinweis z.B. Tumor, Plazenta accreta spectrum):

~~351. Zervixlänge(in mm)~~

352.-358. vermehrt sich bei Mehrlingen

352. Herzaktion o positiv o negativ

353. Kindeslage o SL o QL o BEL o Schräglage

354. Fruchtwassermenge o normal o Polyhydramnion
 o Oligohydramnion o Anhydramnion

Biometrie (in mm)

355. biparietaler Durchmesser und/oder Kopfumfang

356. Abdomen quer oder Abdomenumfang

357. Femurlänge

358. Biometrie entsprechend SSW o ja o nein

359. Kontrollbedarf o ja o nein

Wenn ja, weil (Freitext):

360. Weiterführende Untersuchung veranlasst o ja o nein

Wenn ja, weil (Freitext):

361. Anmerkungen (Freitext lang):

S5 SCHWANGERENUNTERSUCHUNG 5

- SSW 35-38 (SSW 34+0 bis 37+6)

S5_A Untersuchungsbefund

362. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

364. Befundbesprechung / Auffälligkeiten / Zwischenanamnese:

365. Gewicht (in kg)

366. Bisherige Gewichtszunahme (automatische Berechnung)

966. Medizinische Beratung/Begleitung empfohlen o ja o nein

Blutdruck:

367. SYS

368. DIA

369. Puls

970. Überweisung erforderlich o nein o ja

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

370. Ödeme o nein o ja o nicht erhoben

Wenn ja, Anmerkungen (Freitext):

371. Varizen o nein o ja o nicht erhoben

Wenn ja, Anmerkungen (Freitext: z.B. Lokalisation) :.....

372. Gyn. Befund o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:(Freitext: z.B. Zervixlänge) :.....

373. B-Streptokokken (Kultur oder PCR) o negativ o positiv

o nicht erhoben

375. Harnbefund: o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Wenn auffällig:

☐ Bakterien

☐ Leukozyten

☐ Nitrit

☐ Eiweiß

☐ Keton

☐ Glukose

☐ Erythrozyten

☐ Sonstige (Freitext):

Weiteres Vorgehen und ggf. Therapie (Freitext):.....

376. Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen (Mouseover: z.B. familiäre, berufliche, finanzielle, körperliche Belastungen)? o nein o ja o Nicht erhoben

Wenn ja:

☐ Information/Ermutigung bzgl. möglicher Hilfestellungen (z.B. Frühe Hilfen) und zur Inanspruchnahme erfolgt

Wenn ja, an welche konkreten Angebote (Freitext):

377. Nikotin (Zig/d):

(Hinweistext: auch Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft erfragen)

378. Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?

o nie

o selten/manchmal

o (fast) täglich

o nicht erhoben

971. Über Folgen von Rauchen und Alkohol in Schwangerschaft aufgeklärt ☐

379. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc.:

Tabelle besondere Befunde

387.-394. vermehrt sich bei Mehrlingen

387. Herzaktion ☐ positiv ☐ negativ
388. Kindeslage ☐ SL ☐ QL ☐ BEL ☐ Schräglage
386. Fruchtwassermenge ☐ normal ☐ Polyhydramnion
☐ Oligohydramnion ☐ Anhydramnion

Biometrie in mm

390. Biparietaler Durchmesser und/oder Kopfumfang.....
391. Abdomen quer oder Abdomenumfang.....
392. Femurlänge.....
393. Biometrie entsprechend SSW ☐ ja ☐ nein
394. Geschätztes Gewicht des Kindes (in g)
395. Kontrollbedarf ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, weil (Freitext):.....
396. Weiterführende Untersuchung veranlasst ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, weil (Freitext):.....
397. Anmerkungen (Freitext lang):

G GEBURT

G_A Geburt

Angaben zur Entbindung

398. Geburt am (TT-MM-JJJJ):

399. Uhrzeit: (HH:MM)

400. SSW + d:

(Gestationsalter <37SSW → Kästchen „Frühgeburt“ poppt automatisch auf)

401. Alter bei Geburt: (wird automatisch berechnet aus Geburtsdatum + Geburt am)

402. Ort der Geburt (digitaler Stempel via KG/GDA-Erkennung soll ermöglicht werden)

- ☐ Krankenhaus
- ☐ Hausgeburt
- ☐ Hebammenpraxis
- ☐ Transportmittel
- ☐ Sonstiges:

403. Medizinische Begleitung bei der Geburt

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Hebamme

404. Geburtsdauer: (Std)..... (Min) ganze Zahl

405. Blasensprung: (Std vor Geburt).....(Min) ganze Zahl

406. Fruchtwasserfarbe: o klar o missfärbig o signifikant grün

o blutig o putrid

407. Fruchtwassermenge: ☐ normal ☐ vermehrt ☐ vermindert

normal vermehrt

o vermindert

408. Mütterliche Erkrankung

- ☐ GDM
- ☐ DM I/II
- ☐ Präeklampsie
- ☐ HELLP

☐ Sonstiges (Freitext):

409. Mehrlingsgeburt o ja o Nein

Wenn ja, weitere Eintragungen betreffen Mehrling:

o I o II o III o IV o V

Anmerkungen

410. Kindeslage o SL o BEL o QL

o Sonstiges (Freitext):

411. Wehenbeginn o spontan o eingeleitet o kein Wehenbeginn

412. Geburtsmodus

o spontan

o prim. Sectio

o sek. Sectio

o Akutsectio

o Manualhilfe

o Vakuum

Anmerkungen:

413. Robson-Kriterium: (befüllt sich automatisch auf Basis spezifischer Items)

414. Indikation zur operat. Geburt

☐ Wunschsectio

☐ kindliche Indikationen (z.B. Fehlbildungen)

☐ drohende intrauterine Asphyxie

☐ mangelnder Geburtsfortschritt

☐ Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode

☐ Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode

☐ Frühgeburt

☐ Amnioninfektionssyndrom

☐ Mehrlingsgeburt

☐ Sonstiges (Freitext):.....

415. Geburtseinleitung o ja o Nein

☐ mechanisch

- ☐ Ballonkatheter
- ☐ Amniotomie (Blasenöffnung)
- ☐ Sonstiges (Freitext):
- ☐ medikamentöse Einleitung
 - ☐ Oxytocin
 - ☐ Prostaglandine (Gel, Bändchen, vaginale und orale Tabletten)
 - ☐ Sonstiges (Freitext):
- ☐ Indikation (Freitext mit Hinweistext: vorzeitiger Blasensprung, Terminüberschreitung, Maternale Indikation)

416. Anästhesie

- ☐ keine
- ☐ Lokalanästhesie
- ☐ Spinalanästhesie
- ☐ Periduralanästhesie/ Epiduralanästhesie
- ☐ Kombinierte Spinal-Epidural-Anästhesie (CSE)
- ☐ Allgemeinanästhesie (Intubation)

417. Sonstige Anmerkungen (Freitext) (z.B. Besonderheiten des Kindes)

418. Geburtsverletzungen o ja o Nein

- ☐ Episiotomie
 - ☐ o mediane Episiotomie o mediolaterale Episiotomie
 - ☐ o laterale Episiotomie
 - ☐ ☐ maternale Indikation
 - ☐ ☐ fetale Indikation

☐ Labienriss

☐ Klitorisriss

☐ Dammriss

Wenn ja: o DR I o DR II o DR III o DR IV

☐ Vaginalriss

☐ Zervixriss

420. Blutverlust

o normal (≤ 500 ml)

o vermehrt (bei Spontangeburt > 500 ml, oder bei Sectio > 1000 ml)

421. Plazenta

o vollständig

o unvollständig

Wenn unvollständig (Freitext): (Hinweis: z.B. Nachtastung, Cür, Medikamente).....

422. Inspektion der Plazenta und Nabelschnur

☐ unauffällig

☐ Nabelschnurknoten

☐ SUA (Single Umbilical Artery)

☐ Insertio velamentosa

☐ Sonstiges (Freitext):

423. Plazenta accreta spectrum

☐ accreta

☐ increta

☐ percreta

424. Weitere Komplikationen (Freitext lang):

G_B Das Neugeborene nach der Geburt

vermehrfacht sich bei Mehrlingen

425. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

426. Name (optional):

427. Geschlecht

o weiblich

o männlich

o offen

428. Gewicht in g

429. Länge in cm

430. Kopfumfang in cm

431. APGAR

Herzaktion:	1 min:	5 min:	10 min:
Atmung:	1 min:	5 min:	10 min:
Hautfarbe:	1 min:	5 min:	10 min:
Muskeltonus:	1 min:	5 min:	10 min:
Reflexe:	1 min:	5 min:	10 min:
Gesamt:	1 min:	5 min:	10 min:

432. Nabelschnur pH

☐ arteriell(zwei Kommastellen)
BE.....(zwei Kommastellen)
☐ venös(zwei Kommastellen)
BE(zwei Kommastellen)

433. Blutgruppe (Kind):

434. Rh (Kind):

435. Reanimation erforderlich: o ja o nein

Wenn ja, wie lange: (in Minuten)

436. Beatmung: o ja o nein

Wenn ja, wie lange: (in Tagen)

Medikamente (Freitext):

437. Diagnosen nach der Geburt:

- ☐ perinatale Asphyxie
- ☐ Hypoglykämie
- ☐ Frühgeburt mit+..... SSW (GGg) (befüllt sich automatisch)
- ☐ Akutsectio (z.B. Plazentasitzlösung, pathologischem CTG) ...
- ☐ Fehlbildung (Freitext):
- ☐ Sonstige (Freitext):

438. Transfer und Kontrolle

- ☐ Transferierung nach (Freitext, plus TT/MM/JJJJ):
- ☐ Intensivtransport durchgeführt von

Kontrolle dringend empfohlen o ja o nein
Wenn ja, weshalb/welche (Freitext):.....
Durch welche(n) Institution/GDA (Freitext):.....

G_C1 Zustand der ehemals Schwangeren bei Entlassung/ im häuslichen Wochenbett

439. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ
[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

440. Wochenbett o unauffällig o auffällig
Wenn auffällig, warum:
☐ Fieber p.p. > 2Tage über 38,5°C
☐ postpartale Blutung über 1000 ml
☐ Stimmung (z.B. postpartale Krisen, Stimmungsschwankungen)
☐ Anämie Hb < 10 g/dl (6,2 mmol/l)
☐ Gabe von Blutkonserven
☐ Sonstiges (Freitext):

Blutdruckmessung < 6h nach Geburt:

441. SYS

442. DIA

443. Puls

444. Mutter entlassen am (TT/MM/JJJ)..... um (hh:mm)

448. Anti-D-Prophylaxe erfolgt o ja o nein

445. Masern-Mumps-Röteln-Impfung erfolgt: o ja o nein

446. Hebammennachsorge: o empfohlen o vorhanden

450. Weitere Eintragungen zur Nachsorge:

Datum der Eintragung: TT/MM/JJJJ

Freitextfeld (lang): (Hinweistext: z.B. Probleme aus Geburtsverletzungen;
Ernährung und Gewichtsverlauf vom Kind)

☐ Gynäkologische postpartale Kontrolle empfohlen

(wenn eine Eintragung erfolgt ist, poppt ein weiteres Eintragungsfeld auf.
Insgesamt sollen mind. 20 Felder/Eintragungen möglich sein)

G_C2 Zustand des Kindes bei Entlassung

942. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

941. Entlassung

☐ Kind unauffällig entlassen am (TT/MM/JJJJ)um (hh:mm).....

☐ Entlassung ohne ärztliche Untersuchung des Kindes; Untersuchung in der freien
Praxis vorgesehen

☐ Kind nach der Geburt verlegt/transferriert am TT/MM/JJJJ):
wegen nach

935. Entlassungsgewicht:g

447. Vitamin-K-Prophylaxe oral:

1. Gabe

☐ ja

☐ nein

Wenn nein, Grund

☐ abgelehnt

☐ Sonstiges (Freitext):.....

Ernährung des Neugeborenen bei Entlassung

449. Stillen o voll o teilweise o nein

Wenn teilweise:

- ☐ Pre-Nahrung
- ☐ Frühgeborenennahrung
- ☐ Sonstiges (Freitext):

Wenn nein:

- ☐ Mütterliche Indikation
- ☐ Kindliche Indikation
- ☐ Pre-Nahrung
- ☐ Frühgeborenennahrung
- ☐ Sonstiges (Freitext):

☐ Sonstiges (Freitext):

☐ Mutter wurde über unterstützende Möglichkeiten beim Stillen aufgeklärt

K1 KINDESUNTERSUCHUNG 1 – 1. LW

K1_A Kontrolle nach ambulanter Geburt bzw. frühzeitiger Entlassung in der 1. LW

451. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

452. Chronologisches Alter (in Lebenswochen):

453. Vitamin-K-Prophylaxe o ja o nein

Wenn ja:

☐ 1. Gabe per os (Wenn bei 447. 1. Gabe JA dokumentiert wurde, ist die Checkbox 1. Gabe hier vorausgefüllt; mit Datum der 1. Gabe)

☐ parenteral, falls oral nicht möglich

☐ 2. Gabe per os

Wenn nein, Grund: o abgelehnt o Sonstiges (Freitext):.....

454. Blutabnahme für Neugeborenenenscreening durchgeführt o ja o nein

Wenn nein, Grund o abgelehnt o Sonstiges (Freitext):.....

455. Pulsoxymetrie < 48h o unauffällig o auffällig o nicht durchgeführt

456. Kontrollen dringend empfohlen o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext):.....

K1_B Untersuchungsbefund

457. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

458. Körpergewicht in g

977. Körperlänge in cm

978. Kopfumfang in cm

459. Gestationsalter SSW:

460. Schädel	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
461. Sinnesorgane (Augen, Ohren)	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
462. Mundhöhle/Rachen	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
463. Halsregion	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
464. Herz/Kreislauf/Femoralispulse	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
465. Atmung	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
466. Lunge	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
467. Abdomen	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
468. Nabel	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
469. Genitale/Analregion	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
470. Haut	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
471. Muskeltonus	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
472. Reflexe	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
473. Mekonium	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
474. Skelett (Claviculae, Hüften, WS)	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
475. Extremitäten	☐ unauffällig	☐ auffällig
Wenn auffällig, Anmerkungen (Freitext):		
477. Hepatitis-B-Impfung (aktiv und passiv) durchgeführt, bei positivem Befund der Mutter	☐ ja	☐ nein
478. Vitamin D-Gabe (Freitext) täglich ab dem 10. Lebenstag empfohlen		
479. Vitamin-K-Prophylaxe	☐ ja	☐ nein

Wenn ja:

☐ 1. Gabe per os

☐ parenteral, falls oral nicht möglich

☐ 2. Gabe per os

Wenn nein, Grund

o abgelehnt

o Sonstiges (Freitext):.....

480. Eckdaten zur Geburt

☐ Termingeburt

☐ Mehrling

☐ Frühgeburt

☐ SGA (small for gestational age)

☐ AGA (adequate for gestational age)

☐ LGA (large for gestational age)

☐ Übertragung

andere durchgeführte Befunde:

481. Entlassungsgewichtg

482. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

483. Kontrollen dringend empfohlen

o ja

o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

Ernährung des Kindes

484. Stillen

o voll

o teilweise

o nein

Wenn teilweise:

☐ Pre-Nahrung

☐ Frühgeborenenennahrung

☐ Sonstiges (Freitext):

Wenn nein:

☐ Mütterliche Indikation

☐ Kindliche Indikation

☐ Pre-Nahrung

- ☐ Frühgeborenennahrung
☐ Sonstiges (Freitext):

- ☐ Sonstiges (Freitext):
☐ Mutter wurde über unterstützende Möglichkeiten beim Stillen aufgeklärt

K1_C Neonatale Erkrankungen und Therapien

485. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

486. Diagnosen nach der Geburt:

- ☐ Frühgeburt mit+..... SSW (GGg)
☐ Hypoglykämie
☐ Perinatale Infektion (z.B. bakterielle Infektion)
☐ Infektionen CMV, Toxoplasmose
☐ perinatale Asphyxie
☐ Sonstige (Freitext lang; z.B. pathologisches CTG):.....

487. NG Ikterus: o ja o nein

Wenn ja, Wert:mg/dl

- ☐ kapillär (Freitext):
☐ transkutan (Freitext):

Fototherapie o ja o nein

Transfer und Entlassung

488. Kind transferiert am (TT/MM/JJJJ):

wegen nach

Intensivtransport durchgeführt von

Entlassung nach Hause am Lebenstag, Datum (TT/MM/JJJ):

489. Therapie o ja o nein

Wenn ja, welche (Freitext):

490. RSV Prophylaxe indiziert o ja o nein

491. Zusätzliche Anmerkungen (Freitext groß):

492. Kontrollen dringend empfohlen o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

HU1 Hüftultraschall in der 1. LW

Ultraschallbefund:

493. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

494. Chronologisches Alter (in Lebenswochen):

981. Korrigiertes Alter: (errechnet sich automatisch)

Rechtes Hüftgelenk:

498. Winkel

α :

β :

499. Typ:

Linkes Hüftgelenk:

503. Winkel

α :

β :

504. Typ:

506. Kontrolle in Wochen

507. Überweisung/Therapie:

508. Behandlungsindikation ☐

Wenn Behandlungsindikation, welche Therapie (Freitext):

HS1 HÖRSCREENING - 1.– 4. LW

509. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

979. Chronologisches Alter (in Lebenswochen):

982. Korrigiertes Alter: (errechnet sich automatisch)

510. Methode ☐ OAE ☐ AABR (automatisierte Hirnstammaudiometrie)

511. Befund – 1. Untersuchung

rechts: ☐ auffällig ☐ unauffällig

links: ☐ auffällig ☐ unauffällig

Wenn auffällig:

2. Untersuchung empfohlen ☐ rechts ☐ links

Anmerkungen (Freitext):

512. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

513. Methode ☐ OAE ☐ AABR (automatisierte Hirnstammaudiometrie)

514. Befund – 2. Untersuchung

rechts: ☐ auffällig ☐ unauffällig

links: ☐ auffällig ☐ unauffällig

Wenn auffällig:

pädaudiologische Abklärung empfohlen ☐ rechts ☐ links

Anmerkungen (Freitext):

1.-4. LW → wenn unauffällig, endet Untersuchung hier

Button: Duplikation des Befunds für 3. Untersuchung

Wenn Hörscreening auffällig:

515. Datum des Eintrags: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

516. Pädaudiologische Abklärung aufgrund auffälliger Hörscreeningergebnisse
begonnen ☐

Wenn ja: Hörstörung festgestellt

☐ ja

☐ nein

Wenn ja:

☐ rechts

☐ links

Wenn ja: Datum der Feststellung TT.MM.JJJJ

Anmerkungen/Diagnose (Freitext):.....

Wenn Hörstörung festgestellt:

517. Datum des Eintrags: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

518. Apparative Versorgung begonnen

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Beginndatum TT.MM.JJJJ

Anmerkungen (Freitext):

519. Datum des Eintrags: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

520. Hörfrühintervention/Hörfrühförderung begonnen

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Beginndatum TT.MM.JJJJ

Anmerkungen (Freitext):

~~H3 HEBAMMENBERATUNG 3 – 4.-8.~~

~~LW~~

~~H3_A Psychosoziale Belastungen~~

~~521. Datum der Beratung: TT.MM.JJJJ~~

~~{Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ} (wird nicht im eEKP angezeigt)~~

~~522. Chronologisches Alter (in Lebenswochen):~~

~~PHQ-2~~

~~Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?~~

~~523. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten~~

~~☐ Überhaupt nicht~~

~~☐ An einzelnen Tagen~~

~~☐ An mehr als der Hälfte der Tag~~

~~☐ Beinahe jeden Tag~~

~~524. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit~~

~~☐ Überhaupt nicht~~

~~☐ An einzelnen Tagen~~

~~☐ An mehr als der Hälfte der Tag~~

~~☐ Beinahe jeden Tag~~

~~525. PHQ-2Punkte~~

~~Wenn PHQ-2 $\geq$ 3 Punkte $\rightarrow$ EPDS~~

~~Wenn 525. PHQ-2 $\geq$ 3 Punkte:~~

~~949. Durchführung EPDS (526-536)~~

~~☐ ja~~

~~☐ nein~~

~~Wenn nein, Grund: ☐ abgelehnt~~

~~☐ individuelles Gespräch durchgeführt~~

~~☐ Weiterleitung an Frühe Hilfen~~

~~EPDS~~

~~So fühlten Sie sich während der letzten Woche~~

~~526. Sie konnten lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:~~

~~☐ Genauso oft wie früher~~

~~☐ Nicht ganz so oft wie früher~~

~~☐ Eher weniger als früher~~

~~☐ Überhaupt nie~~

~~527. Es gab vieles, auf das Sie sich freuten:~~

~~☐ So oft wie früher~~

~~☐ Eher weniger als früher~~

- ~~o Viel seltener als früher~~ ~~o Fast gar nicht~~
528. Sie haben sich unberechtigter Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:
~~o Ja, sehr oft~~ ~~o Ja, manchmal~~
~~o Nicht sehr oft~~ ~~o Nein, nie~~
529. Sie waren ängstlich und machten sich unbegründet Sorgen:
~~o Nein, nie~~ ~~o Ganz selten~~
~~o Ja, manchmal~~ ~~o Ja, sehr oft~~
530. Sie fühlten sich verängstigt und wurden panisch ohne wirklichen Grund:
~~o Ja, ziemlich oft~~ ~~o Ja, manchmal~~
~~o Nein, fast nie~~ ~~o Nein, überhaupt nie~~
531. Ihnen ist alles zuviel geworden:
~~o Ja, Sie wussten sich überhaupt nicht mehr zu helfen~~
~~o Ja, Sie wussten sich manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen~~
~~o Nein, Sie wussten sich meistens zu helfen~~
~~o Nein, Sie konnten alles so gut wie immer bewältigen~~
532. Sie waren so unglücklich, dass Sie kaum schlafen konnten:
~~o Ja, fast immer~~ ~~o Ja, manchmal~~
~~o Nein, nicht sehr oft~~ ~~o Nein, nie~~
533. Sie waren traurig und fühlten sich elend:
~~o Ja, sehr oft~~ ~~o Ja, ziemlich oft~~
~~o Nein, nicht sehr oft~~ ~~o Nein, nie~~
534. Sie waren so unglücklich, dass Sie weinen mussten:
~~o Ja, sehr oft~~ ~~o Ja, ziemlich oft~~
~~o Nur manchmal~~ ~~o Nein, nie~~
535. Gelegentlich kam Ihnen der Gedanke, sich etwas anzutun:
~~o Ja, oft~~ ~~o Manchmal~~
~~o Selten~~ ~~o Nein, nie~~
536. ~~EPDS Punkte~~ ~~Punkte (errechnet sich automatisch)~~
954. Ergebnis: ~~o unauffällig~~ ~~o auffällig~~ ~~o erhöhte Wachsamkeit~~

~~*Folgende Klassifikationen triggern das automatische Befüllen des Ergebnisses:~~

~~EPDS:~~ Die Konsequenzen bei auffälligem EPDS Fragebogen wurden folgendermaßen definiert:

- ~~- Bei ≥ 13 Punkten bei der EPDS (bzw. bei Punkten bei Frage 10 = Suizidalität):
Überweisung an eine der psychischen Diagnostik befähigte Fachperson/Institution~~
- ~~- Bei 10-12 Punkten bei der EPDS (= mäßige Wahrscheinlichkeit für eine Depression):
erhöhte Wachsamkeit und ggfs. Wiederholung des Tests beim nächsten Termin~~

~~GAD-2~~

~~Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?~~

~~538. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung~~

- ~~☐ Überhaupt nicht~~
- ~~☐ An einzelnen Tagen~~
- ~~☐ An mehr als der Hälfte der Tage~~
- ~~☐ Beinahe jeden Tag~~

~~539. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren~~

- ~~☐ Überhaupt nicht~~
- ~~☐ An einzelnen Tagen~~
- ~~☐ An mehr als der Hälfte der Tage~~
- ~~☐ Beinahe jeden Tag~~

~~540. **GAD-2**Punkte (errechnet sich automatisch)~~

~~Wenn GAD-2 ≥ 3 Punkte $\rightarrow$ **GAD-7**~~

~~Wenn 540 **GAD-2** ≥ 3 Punkte:~~

~~950. Durchführung GAD-7 (541-545)~~

~~☐ ja ☐ nein~~

~~Wenn nein, Grund: ☐ abgelehnt~~

~~☐ individuelles Gespräch durchgeführt~~

~~☐ Weiterleitung an Frühe Hilfen~~

~~GAD-7~~

~~Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?~~

~~541. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten~~

- ~~☐ Überhaupt nicht~~
- ~~☐ An einzelnen Tagen~~
- ~~☐ An mehr als der Hälfte der Tage~~
- ~~☐ Beinahe jeden Tag~~

~~542. Schwierigkeiten zu entspannen~~

- ☐ Überhaupt nicht
☐ An mehr als der Hälfte der Tage
☐ An einzelnen Tagen
☐ Beinahe jeden Tag
543. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt
- ☐ Überhaupt nicht
☐ An mehr als der Hälfte der Tage
☐ An einzelnen Tagen
☐ Beinahe jeden Tag
544. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit
- ☐ Überhaupt nicht
☐ An mehr als der Hälfte der Tage
☐ An einzelnen Tagen
☐ Beinahe jeden Tag
545. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren
- ☐ Überhaupt nicht
☐ An mehr als der Hälfte der Tage
☐ An einzelnen Tagen
☐ Beinahe jeden Tag
546. GAD-7Punkte (errechnet sich automatisch)
955. Ergebnis: ☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ erhöhte Wachsamkeit

***Folgende Klassifikationen triggern das automatische Befüllen des Ergebnisses:**

GAD-7: Die empfohlenen Konsequenzen bei auffälligem Ergebnis beim GAD-7 Test wurden folgendermaßen festgelegt:

- Bei ≥ 15 Punkten beim GAD-7: Überweisung an eine der psychischen Diagnostik befähigte Fachperson/Institution
- Bei 10-14 Punkten beim GAD-7 (= mittelgradige Ängstlichkeit): erhöhte Wachsamkeit und ggfs. Wiederholung des Tests beim nächsten Termin

548. Ergebnis besprochen und Optionen aufgezeigt ☐ ja ☐ nein
549. Überweisung an Fachperson erfolgt ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):
550. Patientin aktuell in Behandlung ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, welche:
- ☐ Klinisch psychologische Behandlung
☐ Psychotherapie
☐ Psychiatrische Behandlung
☐ Medikamentöse Behandlung
- Wenn medikamentöse Behandlung, welche (Wirkstoff, Hersteller, Dosierung):
- ☐ Sonstiges (Freitext; z.B. Allgemeinmedizinische Behandlung):

~~551. Anmerkungen (Freitext kurz):~~

~~H3_B Erhebung sozioökonomische Belastungen~~

~~552. Datum der Beratung: TT.MM.JJJJ~~

~~[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)~~

~~553. Haben Sie genug Geld, um den Alltag mit ihrem Kind/ ihren Kindern (Wohnen, Nahrungsmittel, Kleidung, Heizung etc.) finanzieren zu können?~~

~~☐ ja ☐ nein ☐ nicht erhoben~~

~~554. Fühlen Sie sich durch Partner/in, Familie, Freundinnen/Freunde oder Nachbarn/ in ausreichend sozial, emotional, sonstig unterstützt?~~

~~☐ ja ☐ nein ☐ nicht erhoben~~

~~555. Haben Sie Betreuungspflichten, z.B. für weitere Kinder, Angehörige oder Eltern?~~

~~☐ ja ☐ nein ☐ nicht erhoben~~

~~556. Verfügen Sie Ihrer Einschätzung nach über ausreichend Möglichkeiten, etwaige Belastungen bewältigen zu können?~~

~~☐ ja ☐ nein ☐ nicht erhoben~~

~~557. Fühlen Sie sich mit ihrer derzeitigen Lebenssituation manchmal überfordert?~~

~~☐ ja ☐ nein ☐ nicht erhoben~~

~~558. Gibt es etwas in ihrem Leben (z.B. Arbeitssituation, persönliche Beziehungen), das ihnen Sorgen macht / Sie belastet?~~

~~☐ ja ☐ nein ☐ nicht erhoben~~

~~559. Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen?~~

~~☐ ja ☐ nein ☐ nicht erhoben~~

~~951 Wenn mind. eine Belastung vorhanden:~~

~~☐ Information/Ermutigung bzgl. möglicher Hilfestellungen (z.B. Frühe Hilfen) und Inanspruchnahme erfolgt~~

~~Wenn ja, an welche konkreten Angebote (Freitext):~~

~~Im Rahmen der Hebammenberatung sind unter Gewährleistung der Privatsphäre und Vertraulichkeit folgende Leitfragen zu stellen (Gespräch über häusliche Gewalt):~~

~~560. Gespräch zu häuslicher Gewalt möglich~~

~~☐ ja~~

~~☐ nein~~

~~Wenn nein, Grund:~~

~~☐ abgelehnt~~

~~☐ kein 4. Augengespräch möglich~~

~~561. Vergangene Gewalterfahrungen:~~

~~Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres von jemandem geschlagen, geohrfeigt, getreten oder anderweitig körperlich verletzt?~~

~~☐ ja~~

~~☐ nein~~

~~Wenn ja, besteht weiterhin Kontakt zu dieser Person?~~

~~☐ ja~~

~~☐ nein~~

~~562. Aktuelle Gewalterfahrungen:~~

~~Wurden Sie, seit Sie schwanger sind oder seit der Geburt, von jemandem geschlagen, geohrfeigt, getreten oder anderweitig körperlich verletzt?~~

~~☐ ja~~

~~☐ nein~~

~~Wurden Sie, seit Sie schwanger sind oder seit der Geburt, von jemandem beschimpft, beleidigt, gedemütigt, bedroht oder anders emotional misshandelt?~~

~~☐ ja~~

~~☐ nein~~

~~563. Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen:~~

~~Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres von jemandem zu sexuellen Aktivitäten gezwungen?~~

~~☐ ja~~

~~☐ nein~~

~~564. Anmerkungen (Freitext kurz):~~

~~Wenn ja bei 561. und/oder 562. und/oder 563.:~~

~~☐ Polizeiliche Intervention erforderlich~~

~~☐ Information/Beratung bzgl. möglicher Hilfestellungen und Ermutigung zur Inanspruchnahme~~

~~☐ Kontaktaufnahme mit geeigneten Angeboten und Ermutigung zur Inanspruchnahme möglicher Beratungen/Hilfestellungen~~

~~Wenn ja, mit welchen konkreten Angeboten (Freitext):~~

~~H3_C Hebammenberatung~~

~~565. Datum der Beratung: TT.MM.JJJJ~~

~~[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)~~

~~566. Information/Beratung über folgende Themen erfolgt:~~

- ~~☐ Wochenbett~~
- ~~☐ Stillen, Säuglingsernährung, Beikost Einführung~~
- ~~☐ Ängste/Unsicherheiten~~
- ~~☐ Babyschreien und Schütteltrauma~~
- ~~☐ gesundheitsförderndes Verhalten~~
- ~~☐ persönliche Lebenssituation (Partnerschaft, berufliche Situation, Einkommen, psychische Probleme etc.)~~
- ~~☐ psychosoziales Umfeld, Erwartungen und Fragen~~

~~567. Auf weitere von der Schwangeren angesprochenen Probleme wurde eingegangen~~

~~☐ ja ☐ nein~~

~~568. Besondere Beratungsergebnisse: (Freitext).....~~

~~569. Weiterführender Unterstützungsbedarf~~

- ~~☐ medizinische Unterstützung (Ärztinnen/Ärzte, Krankenhaus, MTD etc.)~~
- ~~☐ psychische Unterstützung (psychologisch, psychotherapeutisch etc.)~~
- ~~☐ soziale Unterstützung (sozialarbeiterisch etc.)~~
- ~~☐ umfassendere Unterstützung aufgrund von Mehrfachbelastungen (Frühe Hilfen etc.)~~
- ~~☐ Information/Beratung bzgl. möglicher Hilfestellungen bei Gewaltbetroffenheit und Ermutigung zur Inanspruchnahme erfolgt~~

~~570. Weitere Eintragungen zur Nachsorge:~~

~~Datum der Eintragung: TT/MM/JJJJ~~

~~Freitextfeld (lang):~~

~~(wenn eine Eintragung erfolgt ist, poppt ein weiteres Eintragungsfeld auf.~~

~~Insgesamt sollen mind. 20 Felder/Eintragungen möglich sein)~~

K2 KINDESUNTERSUCHUNG 2 – 4.-7. LW

K2_A Untersuchungsbefund

571. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

572. Chronologisches Alter: (errechnet sich automatisch aus 398 und dem aktuellen Datum)

573. Korrigiertes Alter: (errechnet sich automatisch)

574. Körpergewicht in g

575. Körperlänge in cm

576. Kopfumfang in cm

577. Gedeihstörung o ja o nein

Ernährung des Kindes

578. Stillen o voll o teilweise o nein

Wenn teilweise:

- ☐ Pre-Nahrung
- ☐ Frühgeborenennahrung
- ☐ Sonstiges (Freitext):

Wenn nein:

- ☐ Mütterliche Indikation
- ☐ Kindliche Indikation
- ☐ Pre-Nahrung
- ☐ Frühgeborenennahrung
- ☐ Sonstiges (Freitext):

☐ Sonstiges (Freitext):

☐ Mutter wurde über unterstützende Möglichkeiten beim Stillen aufgeklärt

579. Orale Vitamin-K-Prophylaxe wiederholt o ja o nein

581. Zwischenzeitliche Erkrankungen/Operationen o ja o nein
 Wenn ja, welche: (Freitext)..... (z.B. relevante Kinderkrankheiten)

583. Auffälliges Erbrechen	☐ ja	☐ nein
584. Krampfanfälle	☐ ja	☐ nein
585. Ikterus prolongatus	☐ ja	☐ nein

586. Allgemeinzustand o unauffällig o auffällig
Begründung/Empfehlung:

588. Motorische Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
 o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

592. Augen:

brechende Medien und Fixation	☐ altersentsprechend	☐ auffällig
	☐ nicht erhoben	

Begründung/Empfehlung:

594. sonstige Organbefunde ☐ altersentsprechend ☐ auffällig
☐ nicht erhoben

Wenn ja, welche:

595. Information/Beratung über folgende Themen erfolgt:

- ☐ SIDS-Prophylaxe
- ☐ Rauchfreie Umgebung, Passivrauchen
- ☐ Unfallverhütung (z.B. Kindersitz, Wickelplatz)
- ☐ Empfohlene Impfungen laut Impfplan
- ☐ Gewalt (u.a. Gewalt in Beziehungen oder gewaltfreie Erziehung)
- ☐ Sonstiges (Freitext):

596. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc.

(Freitext):

597. bei Voruntersuchung empfohlene Kontrollen durchgeführt o ja o nein

Anmerkungen (Freitext lang):

598. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

599. Kontrollen dringend empfohlen

o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext, z.B.

Physiotherapie):

OU Orthopädische Untersuchung

Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

602. Hüftultraschall durchgeführt o ja o nein

(befüllt sich automatisch, wenn HU1 dokumentiert wurde)

603. Gestationsalter:

604. Beckenendlage o ja o nein

605. Mehrling ☐ ja ☐ nein

606. Auffälligkeiten in der Familienanamnese:

Hüfte	☐ Vater	☐ Mutter	☐ Geschwister
Füße	☐ Vater	☐ Mutter	☐ Geschwister
Wirbelsäule	☐ Vater	☐ Mutter	☐ Geschwister
Sonstiges (Freitext):			
	☐ Vater	☐ Mutter	☐ Geschwister

Untersuchung:

607. Spontanmotorik	☐ altersentsprechend ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig
608. Schädel	☐ unauffällig ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig
609. Hals (Schiefhals)	☐ unauffällig ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig
610. Wirbelsäule	☐ unauffällig ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig
611. Thorax	☐ unauffällig ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig
612. Beweglichkeit der Extremitäten	☐ unauffällig ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig
613. obere Extremitäten	☐ unauffällig ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig
614. Hüften	☐ unauffällig ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig
615. Ober-, Unterschenkel	☐ unauffällig ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig
616. Füße	☐ unauffällig ☐ nicht beurteilbar	☐ auffällig

Wenn auffällig bzw. nicht beurteilbar bei Items 607.-609. (Freitext):.....

617. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

618. Behandlungsindikation ☐

619. in Behandlung ☐ seit:

620. orthopädische Kontrolle dringend empfohlen ☐

Wo und in welchem Zeitraum (Freitext):.....

HU2 Hüftultraschall 6.-8. LW

621. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

622. Chronologisches Alter (in Lebensmonaten):

Rechtes Hüftgelenk:

626. Winkel

α :

β :

627. Typ:

Linkes Hüftgelenk:

631. Winkel

α :

β :

632. Typ:

633. Anmerkungen:

634. Kontrolle in Wochen

635. Überweisung an:

636. Behandlungsindikation ☐

Wenn ja, Therapie:

K3 KINDESUNTERSUCHUNG 3 – 3.–5. LM

K3_A Untersuchungsbefund

637. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

638. Chronologisches Alter: (errechnet sich automatisch)

639. Korrigiertes Alter: (errechnet sich automatisch)

640. Körpergewicht in g

641. Körperlänge in cm

642. Kopfumfang in cm

643. Ernährung

☐ Stillen

o voll

o teilweise

☐ Formula

☐ Beikost

☐ Sonstige (Freitext):

Ernährung altersgemäß

o ja

o nein

644. ☐ Information/Beratung zu Beikosteinführung erfolgt

645. Ernährungsschwierigkeiten

o ja

o nein

646. Vitamin D-Gabe täglich (Freitext):

647. Zwischenzeitliche Erkrankungen

o ja

o nein

Wenn ja, welche (Freitext z.B. relevante Kinderkrankheiten):

648. Elterliche Sorgen bezüglich angesprochen (Freitext):

Untersuchungsbefund

649. Allgemeinzustand

o unauffällig

o auffällig

Begründung/Empfehlung:

650. Ernährungszustand

o unauffällig

o auffällig

o nicht erhoben

651. Motorische Entwicklung

o altersentsprechend	o auffällig
o nicht erhoben	

652. Sprachliche Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

653. Sozioemotionale Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

[illegible]

655. Augen

☐ Augenparallelstand und Fixation

☐ altersentsprechend ☐ auffällig ☐ nicht erhoben

☐ Pupillenreaktion und brechende Medien

☐ altersentsprechend ☐ auffällig ☐ nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

656. Genitale o unauffällig o auffällig
 o nicht erhoben

Wenn auffällig:

☐ Hodenhochstand

☐ Genitalverstümmelung (FGM)

☐ Sonstiges (Freitext):

[illegible]

Wenn ja, welche:

658. Information/Beratung über folgende Themen erfolgt:

- ☐ Unfallverhütung

☐ Empfohlene Impfungen laut Impfplan

☐ Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)

☐ Gewalt (u.a. Gewalt in Beziehungen oder gewaltfreie Erziehung)

☐ Sonstiges (Freitext):

659. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc.

(Freitext):.....

660. bei Voruntersuchung empfohlene Kontrollen durchgeführt o ja o nein

661. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

662. Kontrollen dringend empfohlen o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext, z.B. Physiotherapie):

K3_B Psychosoziale Belastungen

664. Datum der Befragung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

937. Gespräch zu den psychosozialen Belastungen (PHQ-2, GAD-2) möglich

o ja o nein

Wenn nein, Grund: o abgelehnt o kein 4-Augengespräch möglich
o keine unmittelbare Betreuungsperson

PHQ-2

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

666. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

o Überhaupt nicht o An einzelnen Tagen
o An mehr als der Hälfte der Tag o Beinahe jeden Tag

667. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

o Überhaupt nicht o An einzelnen Tagen
o An mehr als der Hälfte der Tag o Beinahe jeden Tag

668. **PHQ-2**Punkte (errechnet sich automatisch)

Wenn PHQ-2 ≥ 3 Punkte → **EPDS**

Wenn 668 PHQ-2 $\geq$ 3 Punkte:

943. Durchführung EPDS (669-678)

☐ ja

☐ nein

Wenn nein, Grund: ☐ abgelehnt

☐ individuelles Gespräch durchgeführt

☐ Weiterleitung an Frühe Hilfen

EPDS

So fühlten Sie sich während der letzten Woche

669. Sie konnten lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

☐ Genauso oft wie früher

☐ Nicht ganz so oft wie früher

☐ Eher weniger als früher

☐ Überhaupt nie

670. Es gab vieles, auf das Sie sich freuten:

☐ So oft wie früher

☐ Eher weniger als früher

☐ Viel seltener als früher

☐ Fast gar nicht

671. Sie haben sich unberechtigter Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

☐ Ja, sehr oft

☐ Ja, manchmal

☐ Nicht sehr oft

☐ Nein, nie

672. Sie waren ängstlich und machten sich unbegründet Sorgen:

☐ Nein, nie

☐ Ganz selten

☐ Ja, manchmal

☐ Ja, sehr oft

673. Sie fühlten sich verängstigt und wurden panisch ohne wirklichen Grund:

☐ Ja, ziemlich oft

☐ Ja, manchmal

☐ Nein, fast nie

☐ Nein, überhaupt nie

674. Ihnen ist alles zuviel geworden:

☐ Ja, Sie wussten sich überhaupt nicht mehr zu helfen

☐ Ja, Sie wussten sich manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen

☐ Nein, Sie wussten sich meistens zu helfen

☐ Nein, Sie konnten alles so gut wie immer bewältigen

675. Sie waren so unglücklich, dass Sie kaum schlafen konnten:

☐ Ja, fast immer

☐ Ja, manchmal

☐ Nein, nicht sehr oft

☐ Nein, nie

676. Sie waren traurig und fühlten sich elend:

☐ Ja, sehr oft

☐ Ja, ziemlich oft

☐ Nein, nicht sehr oft

☐ Nein, nie

677. Sie waren so unglücklich, dass Sie weinen mussten:

☐ Ja, sehr oft

☐ Ja, ziemlich oft

☐ Nur manchmal

☐ Nein, nie

678. Gelegentlich kam Ihnen der Gedanke, sich etwas anzutun:

☐ Ja, oft
☐ Selten

☐ Manchmal
☐ Nein, nie

679. **EPDS-Punkte**Punkte (errechnet sich automatisch)

680. Ergebnis: ☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ erhöhte Wachsamkeit

***Folgende Klassifikationen triggern das automatische Befüllen des Ergebnisses:**

EPDS: Die Konsequenzen bei auffälligem EPDS-Fragebogen wurden folgendermaßen definiert:

- Bei ≥ 13 Punkten bei der EPDS (bzw. bei Punkten bei Frage 10 = Suizidalität):
Überweisung an eine der psychischen Diagnostik befähigte Fachperson/Institution
- Bei 10-12 Punkten bei der EPDS (= mäßige Wahrscheinlichkeit für eine Depression):
erhöhte Wachsamkeit und ggfs. Wiederholung des Tests beim nächsten Termin

GAD-2

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

681. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

- ☐ Überhaupt nicht ☐ An einzelnen Tagen
☐ An mehr als der Hälfte der Tage ☐ Beinahe jeden Tag

682. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

- ☐ Überhaupt nicht ☐ An einzelnen Tagen
☐ An mehr als der Hälfte der Tage ☐ Beinahe jeden Tag

683. **GAD-2** Punkte (errechnet sich automatisch)

Wenn $GAD-2 \geq 3$ Punkte → **GAD-7**

Wenn 683 GAD-2 $\geq$ 3 Punkte:

944. Durchführung GAD-7 (684-688)

☐ ja ☐ nein

Wenn nein, Grund:

☐ abgelehnt ☐ individuelles Gespräch durchgeführt

GAD-7 (Optionales Screening wird im Sinne von Leitfragen durchgeführt – Bogen ist auf- und zuklappbar)

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

684. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

685. Schwierigkeiten zu entspannen

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

686. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

687. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

688. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren

- | | |
|---|--|
| ☐ Überhaupt nicht | ☐ An einzelnen Tagen |
| ☐ An mehr als der Hälfte der Tage | ☐ Beinahe jeden Tag |

689. **GAD-7**Punkte (errechnet sich automatisch)

690. Ergebnis: ☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ erhöhte Wachsamkeit*

***Folgende Klassifikationen triggern das automatische Befüllen des Ergebnisses:**

GAD-7: Die empfohlenen Konsequenzen bei auffälligem Ergebnis beim GAD-7 Test wurden folgendermaßen festgelegt:

- Bei ≥ 15 Punkten beim GAD-7: Überweisung an eine der psychischen Diagnostik befähigte Fachperson/Institution
- Bei 10-14 Punkten beim GAD-7 (= mittelgradige Ängstlichkeit): erhöhte Wachsamkeit und ggfs. Wiederholung des Tests beim nächsten Termin

695. Unter Berücksichtigung Ihres derzeitigen Einkommens, wie kommen Sie damit über die Runden? ☐ gut ☐ weniger gut ☐ gar nicht gut ☐ keine Angabe

696. Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen? o ja o nein o Nicht erhobe

Wenn 937 ja bzw. wenn 695 oder 696 gar nicht gut oder nein:

691. Ergebnis besprochen und Optionen aufgezeigt o ja o nein

692. Überweisung an Fachperson oder Frühe Hilfen empfohlen o ja o nein

Wenn ja, an welche konkrete Einrichtung/Fachperson (Freitext):

694. Anmerkungen (Freitext):

K4 KINDESUNTERSUCHUNG 4 – 7.–9. LM

K4_A Untersuchungsbefund

697. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

698. Chronologisches Alter: (errechnet sich automatisch)

699. Korrigiertes Alter: (errechnet sich automatisch)

700. Körpergewicht in g

701. Körperlänge in cm

702. Kopfumfang in cm

703. Ernährung

☐ Stillen

☐ Formula

☐ Beikost

Sonstige (Freitext):

Ernährung altersgemäß o ja o nein

Wenn nein (Freitext):

704. Ernährungsschwierigkeiten o ja o nein

705. Vitamin D-Gabe täglich (Freitext):

706. Zwischenzeitliche Erkrankungen/Operationen o ja o nein

Wenn ja, welche (Freitext z. B. relevante Kinderkrankheiten):

938. Hilfestellung aufgrund psychosozialer Belastungen (siehe K3_B) in Anspruch
genommen o ja o nein

Elterliche Sorgen angesprochen (Freitext):.....

Untersuchungsbefund

708. Allgemeinzustand o unauffällig o auffällig

Begründung/Empfehlung:

709. Ernährungszustand o unauffällig o auffällig

o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

710. Motorische Entwicklung o altersentsprechend o auffällig

o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

711. Sprachliche Entwicklung o altersentsprechend o auffällig

o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

712. Sozialemotionale Entwicklung o altersentsprechend o auffällig

o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

713. Kognitive Entwicklung o altersentsprechend o auffällig

o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

714. Gebiss o altersentsprechend o auffällig

o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

715. Genitale o unauffällig o auffällig

o nicht erhoben

Wenn auffällig:

☐ Hodenhochstand

☐ Genitalverstümmelung (FGM)

☐ Sonstiges (Freitext):

716. Sonstige Organbefunde	o altersentsprechend	o auffällig
----------------------------	----------------------	-------------

o nicht erhoben

Wenn ja, welche:

719. Information/Beratung über folgende Themen erfolgt:

☐ Mundgesundheit, Zahnpflege☐ Sonnenschutz

- ☐ Unfallverhütung
- ☐ Empfohlene Impfungen laut Impfplan (z.B. MMR)
- ☐ Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)
- ☐ Gewalt (u.a. Gewalt in Beziehungen oder gewaltfreie Erziehung)
- ☐ Sonstiges (Freitext):

720. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc.:

721. Bei Voruntersuchung empfohlene Kontrollen durchgeführt o ja o nein

722. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

723. Kontrollen dringend empfohlen o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext lang, z.B. Physiotherapie, Ergotherapie):

HNO HNO-Untersuchung

725. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

726. Risikofaktoren in der Anamnese

- ☐ **Pränatale Risiken:** Angeborene Hörstörungen; Infektionen in der SS; Chromosomenaberration; schwere Blutung in der Frühschwangerschaft
- ☐ **Perinatale Risiken:** Geburtsgewicht unter 1500 g; schwere Asphyxie; neonatale Sepsis/Meningitis; Ikterus gravis; Fehlbildungen im Kopf-Hals-Bereich
- ☐ **Postnatale Risiken:** Meningitis/Enzephalitis; Skelett- und Muskelerkrankungen

727. Neugeborenenhörscreening im 1. Lebensmonat durchgeführt o ja o nein

(Alle items werden automatisch aus HS1 übernommen; wenn dieses durchgeführt wurde)

Pädaudiologische Abklärung aufgrund auffälliger Hörscreeningergebnisse begonnen ☐

Wenn ja: Hörstörung festgestellt o ja o nein

Apparative Versorgung begonnen	☐ ja	☐ nein
Hörfrühintervention/Hörfrühförderung begonnen	☐ ja	☐ nein

728. Erschrickt das Kind bei plötzlichen lauten Geräuschen? ☐ ja ☐ nein

729. Kann das Kind durch Ansprechen beruhigt werden, wenn es weint? ☐ ja ☐ nein

730. Ohr (Muschel, Gehörgang, Trommelfell) ☐ unauffällig ☐ auffällig

731. Nase ☐ unauffällig ☐ auffällig

732. Mund, Rachen ☐ unauffällig ☐ auffällig

Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

734. Fachärztliche Kontrolle dringend empfohlen ☐

Wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

K5 KINDESUNTERSUCHUNG 5 – 10.–

14. LM

K5_A Untersuchungsbefund

735. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

736. Chronologisches Alter: (errechnet sich automatisch)

737. Korrigiertes Alter: (errechnet sich automatisch)

738. Körpergewicht in g

739. Körperlänge in cm

740. Kopfumfang in cm

741. Ernährung altersgemäß ☐ ja ☐ nein

742. Ernährungsschwierigkeiten ☐ ja ☐ nein

743. Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (Freitext):

744. Zwischenzeitliche Erkrankungen/Operationen ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (Freitext):(z.B. relevante Kinderkrankheiten)

745. Elterliche Sorgen angesprochen (Freitext):

Untersuchungsbefund

746. Allgemeinzustand ☐ unauffällig ☐ auffällig

Begründung/Empfehlung:

747. Ernährungszustand ☐ unauffällig ☐ auffällig

☐ nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

748. Motorische Entwicklung ☐ altersentsprechend ☐ auffällig

☐ nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

749. Sprachliche Entwicklung ☐ altersentsprechend ☐ auffällig

☐ nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

750. Sozioemotionale Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

751. Kognitive Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

752. Gebiss, Zahnstatus

☐ unauffällig

☐ auffällig/zahnärztliche Untersuchung empfohlen

☐ nicht erhoben

Begründung/Empfehlung (Freitext):.....

753. Genitale	☐ unauffällig	☐ auffällig	☐ nicht erhoben
---------------	-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Wenn auffällig:

- ☐ Hodenhochstand
- ☐ Genitalverstümmelung (FGM)
- ☐ Sonstiges (Freitext):.....

[illegible]

Wenn ja, welche:

757. Information/Beratung über folgende Themen erfolgt:

- ☐ Mundgesundheit, Zahnpflege
- ☐ Unfallverhütung
- ☐ Ernährung
- ☐ Empfohlene Impfungen laut Impfplan (z.B. MMR)
- ☐ Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)
- ☐ Gewalt (u.a. Gewalt in Beziehungen oder gewaltfreie Erziehung)
- ☐ Sonstiges (Freitext):

758. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc:

759. Bei Voruntersuchung empfohlene Kontrollen durchgeführt o ja o nein

760. Betreuung im Rahmen eines Nachsorgeprogramms **für Frühgeborene**

Wenn ja, wo oder bis wann (Freitext):

761 Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext)

Verdachtsdiagnose ☐

762. Kontrollen dringend empfohlen

o ja

o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

763. Überweisung zur weiteren Abklärung durch:

☐ Logopädie

☐ Ergotherapie

☐ Physiotherapie

☐ Sonstige (Freitext):.....

AU AUGENUNTERSUCHUNG

764. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

765. Risikofaktoren in der Anamnese o ja o nein o nicht beurteilbar

Wenn ja, welche:

☐ **Hereditäre Belastung** (z.B. Schielen, Glaukom, hohe Refraktionsfehler, Amblyopie etc.)

☐ **Infektionen in der Schwangerschaft:** Röteln, Toxoplasmose

☐ **Frühgeburt**

☐ **Neonatale Komplikationen** (z.B. Langzeitbeatmung, Meningoenzephalitis)

☐ Sonstiges (Freitext).....

766. Fehlbildungen o ja o nein

767. Auffälligkeiten an äußeren Augenanteilen o ja o nein

(Lider, Epikanthus, Hornhaut/Bindehaut, Tränenwege)

768. Brechende Medien klar o ja o nein o nicht beurteilbar

769. Augenparallelstand o ja o nein o nicht beurteilbar

770. Freie Bulbusmotilität o ja o nein o nicht beurteilbar

771. Fixation o ja o nein o nicht beurteilbar

772. Brückner-Test auffällig o ja o nein o nicht beurteilbar

773. Anmerkungen über Auffälligkeiten oder weitere Untersuchungen (Freitext groß):

.....

774. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

775. Augenfachärztliche Kontrolle dringend empfohlen ☐

Wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

K6 KINDESUNTERSUCHUNG 6 – 22.–

26. LM

K6_A Untersuchungsbefund

788. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

789. Chronologisches Alter: (errechnet sich automatisch)

790. Körpergewicht in g

791. Körperlänge in cm

792. Kopfumfang in cm

793. BMI(kg/m²) (errechnet sich automatisch)

794. Zwischenzeitliche Erkrankungen/Operationen o ja o nein

Wenn ja, welche (Freitext): (z.B. Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
Inhalationsallergien, relevante Kinderkrankheiten)

795. Verhaltensauffälligkeiten o ja o nein

☐ Angst

☐ Aggression

☐ Rückzug

☐ Schlafverhalten

☐ Essverhalten

☐ Sonstiges (Freitext):

Untersuchungsbefund

796. Allgemeinzustand o unauffällig o auffällig
o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

797. Ernährungszustand o unauffällig o auffällig
o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

798. Motorische Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

799. Sprachliche Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

800. Sozioemotionale Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

801. Kognitive Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

802. Gebiss, Zahnstatus

☐ unauffällig

☐ auffällig/zahnärztliche Untersuchung empfohlen

☐ nicht erhoben

☐ Sonstiges (Freitext z.B. Kryptorchismus, Pendelhoden und Gleithoden):.....

☐ Sonstiges (Freitext):

809. Bei Voruntersuchung empfohlene Kontrollen durchgeführt o ja o nein

810. Betreuung im Rahmen eines Nachsorgeprogramms **für Frühgeborene**

o ja o nein

Wenn ja, wo oder bis wann (Freitext):

811. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automatische Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext)

Verdachtsdiagnose ☐

812. Kontrollen dringend empfohlen

o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

813. Überweisung zur weiteren Abklärung durch:

☐ Logopädie

☐ Ergotherapie

☐ Physiotherapie

☐ Sonstige (Freitext):.....

AFU1 AUGENFACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG – 22.-36. LM

814. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

815. Chronologisches Alter:..... (errechnet sich automatisch)

816. Risikofaktoren in der Anamnese o ja o nein o nicht beurteilbar

☐ **Hereditäre Belastung:** Schielen, Glaukom, hohe Refraktionsfehler, Amblyopie.

☐ **Infektionen in der Schwangerschaft:** Röteln, Toxoplasmose.

☐ **Frühgeburt**

☐ **Neonatale Komplikationen** (z.B. Langzeitbeatmung, Meningoenzephalitis)

☐ **Lichtempfindlichkeit**

☐ **Vorerkrankungen**

☐ **Sonstiges (Freitext)**

817. Äußere Augenanteile o unauffällig o auffällig

818. Bulbusstellung o unauffällig o auffällig

o nicht beurteilbar

819. Bulbusmotilität o unauffällig o auffällig

o nicht beurteilbar

820. Cover-Test (Heterophorie) o unauffällig o auffällig

o nicht beurteilbar

821. Konvergenzprüfung o unauffällig o auffällig

o nicht beurteilbar

822. Brechende Medien (Spaltlampe) o unauffällig o auffällig

o nicht beurteilbar

823. Fundus o unauffällig o auffällig

o nicht beurteilbar

824. monokularer Visus bds. o unauffällig o auffällig

o nicht beurteilbar

825. Stereosehen (Lang-Test) o unauffällig o auffällig

o nicht beurteilbar

826. Fixation

rechtes Auge:	☐ peripher	☐ parazentral
	☐ zentral	☐ nicht beurteilbar
linkes Auge:	☐ peripher	☐ parazentral
	☐ zentral	☐ nicht beurteilbar

827. Skiaskopie in Zykloplegie beurteilbar

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

Emmetropie	☐ re Auge	☐ li Auge
Hyperopie	☐ re Auge	☐ li Auge
Myopie	☐ re Auge	☐ li Auge
Astigmatismus	☐ re Auge	☐ li Auge

828. Anisometropie

☐

829. Wenn Schielen vorliegt:

- ☐ Heterophorie
- ☐ Begleitschielen
- ☐ Lähmungsschielen
- ☐ einseitig
- ☐ alternierend
- ☐ nach innen
- ☐ nach außen
- ☐ nach oben/unten
- ☐ Amblyopie

830. Anmerkungen:

Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

832. Augenfachärztliche Kontrolle dringend empfohlen ☐

Zeitpunkt:

K7 KINDESUNTERSUCHUNG 7 – 34.–

38. LM

K7_A Untersuchungsbefund

833. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

834. Alter in Jahren / Monaten: (errechnet sich automatisch)

835. Körpergewicht in g.....

836. Körperlänge in cm.....

837. Kopfumfang in cm.....

838. BMI (kg/m²)..... (errechnet sich automatisch)

839. Zwischenzeitliche Erkrankungen/Operationen/Allergien o ja o nein

Wenn ja, welche (Freitext):(z.B. Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
Inhalationsallergien, relevante Kinderkrankheiten)

840. Verhaltensauffälligkeiten o ja o nein

☐ Angst

☐ Aggression

☐ Rückzug

☐ Hyperaktivität

☐ Schlafverhalten

☐ Essverhalten

☐ Sonstiges (Freitext):

Untersuchungsbefund

841. Allgemeinzustand o unauffällig o auffällig

Begründung/Empfehlung:

842. Ernährungszustand o unauffällig o auffällig

o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

843. Motorische Entwicklung o altersentsprechend o auffällig

o nicht erhoben

844. Sprachliche Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

845. Sozioemotionale Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

846. Kognitive Entwicklung o altersentsprechend o auffällig
o nicht erhoben

Ohren o unauffällig o auffällig o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

☐ Sonstiges (Freitext):.....

Wenn ja, welche:

Anmerkung (Freitext):

- ☐ Unfallverhütung

- ☐ Empfohlene Impfungen laut Impfplan (z.B. MMR)
- ☐ Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)
- ☐ Gewalt (u.a. Gewalt in Beziehungen oder gewaltfreie Erziehung)
- ☐ Sonstiges (Freitext):

855. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc.:.....

856. Bei Voruntersuchung empfohlene Kontrollen durchgeführt o ja o nein

857. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

858. Kontrollen dringend empfohlen o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

859. Überweisung zur weiteren Abklärung durch:

- ☐ Logopädie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Physiotherapie
- ☐ Sonstige (Freitext):.....

K8 KINDESUNTERSUCHUNG 8 – 46.–

50. LM

K8_A Untersuchungsbefund

871. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

872. Alter in Jahren / Monaten: (errechnet sich automatisch)

873. Körpergewicht in g

874. Körperlänge in cm

875. Kopfumfang in cm

876. BMI(kg/m²) (errechnet sich automatisch)

877. Zwischenzeitliche Erkrankungen/Operationen/Allergien o ja o nein

Wenn ja, welche (Freitext):(z. B. Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
Inhalationsallergien, relevante Kinderkrankheiten)

878. Verhaltensauffälligkeiten o ja o nein

☐ Angst

☐ Aggression

☐ Rückzug

☐ Hyperaktivität

☐ Schlafverhalten

☐ Essverhalten

☐ Sonstiges (Freitext):

Untersuchungsbefund

879. Allgemeinzustand o unauffällig o auffällig

Begründung/Empfehlung:

880. Ernährungszustand o unauffällig o auffällig

o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

881. Motorische Entwicklung o altersentsprechend o auffällig

Begründung/Empfehlung:

o auffällig

Begründung/Empfehlung:

o auffällig

Begründung/Empfehlung:

o auffällig

Begründung/Empfehlung:

o nicht erhoben

o nicht erhoben

Begründung/Empfehlung:

o auffällig

☐ Sonstiges (Freitext):.....

Wenn ja, welche:

Perzentile:(automatisch berechnet)

Anmerkung (Freitext):

- ☐ Unfallverhütung

- ☐ Empfohlene Impfungen laut Impfplan (z.B. MMR)
- ☐ Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)
- ☐ Gewalt (u.a. Gewalt in Beziehungen oder gewaltfreie Erziehung)
- ☐ Sonstiges (Freitext):

893. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc.:

894. Bei Voruntersuchung empfohlene Kontrollen durchgeführt o ja o nein

895. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

869. Kontrollen dringend empfohlen o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

897. Überweisung zur weiteren Abklärung durch:

- ☐ Logopädie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Physiotherapie
- ☐ Sonstige (Freitext):.....

K9 KINDESUNTERSUCHUNG 9 – 58.–

62. LM

K9_A Untersuchungsbefund

898. Datum der Untersuchung: TT.MM.JJJJ

[Datum der Daten-Übermittlung: TT.MM.JJJJ] (wird nicht im eEKP angezeigt)

899. Alter in Jahren / Monaten: (errechnet sich automatisch)

900. Körpergewicht in g

901. Körperlänge in cm

902. Kopfumfang in cm

903. BMI(kg/m²)

904. Zwischenzeitliche Erkrankungen/Operationen/Allergien o ja o nein

Wenn ja, welche (Freitext):(z.B. Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
Inhalationsallergien, relevante Kinderkrankheiten)

936. Allergien bekannt o ja o nein

Wenn ja, welche

☐ Pollen

☐ Hausstaubmilben

☐ Nahrungsmittel

☐ Tierhaare

☐ Insektengift

☐ Kontaktallergene

☐ Medikamente

☐ Andere (Freitext):

905. Verhaltensauffälligkeiten o ja o nein

Wenn ja, welche

☐ Angst

☐ Aggression

☐ Rückzug

- ☐ Hyperaktivität
- ☐ Schlafverhalten
- ☐ Essverhalten
- ☐ Sonstiges (Freitext):

Untersuchungsbefund

- | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| 906. Allgemeinzustand | ☐ unauffällig | ☐ auffällig |
| Begründung/Empfehlung: | | |
| 907. Ernährungszustand | ☐ unauffällig
☐ nicht erhoben | ☐ auffällig |
| Begründung/Empfehlung: | | |
| 908. Körperliche Haltung | ☐ altersentsprechend
☐ nicht erhoben | ☐ auffällig |
| Begründung/Empfehlung: | | |
| 909. Motorische Entwicklung | ☐ altersentsprechend
☐ nicht erhoben | ☐ auffällig |
| Begründung/Empfehlung: | | |
| 910. Sprachliche Entwicklung | ☐ altersentsprechend
☐ nicht erhoben | ☐ auffällig |
| Begründung/Empfehlung: | | |
| 911. Sozioemotionale Entwicklung | ☐ altersentsprechend
☐ nicht erhoben | ☐ auffällig |
| Begründung/Empfehlung: | | |
| 912. Kognitive Entwicklung | ☐ altersentsprechend
☐ nicht erhoben | ☐ auffällig |
| Begründung/Empfehlung: | | |
| 913. Sinnesorgane: | | |
| Augen | ☐ unauffällig | ☐ auffällig |
| Ohren | ☐ unauffällig | ☐ auffällig |
| | | ☐ nicht erhoben |
| | | ☐ nicht erhoben |
| 914. Gebiss, Zahnstatus | ☐ unauffällig
☐ auffällig/zahnärztliche Untersuchung empfohlen
☐ nicht erhoben | |
| Begründung/Empfehlung: | | |

915. Genitale o unauffällig o auffällig

Wenn auffällig:

☐ Hodenhochstand

☐ Genitalverstümmelung (FGM)

☐ Sonstiges (Freitext):

916. Sonstige Organbefunde o unauffällig o auffällig

Wenn ja, welche:

917. Blutdruck in Ruhe rechter Oberarm:

SYS Perzentile: (automatisch berechnet)

DIA Perzentile: (automatisch berechnet)

o nicht gemessen

Anmerkung (Freitext):

920. Information/Beratung über folgende Themen erfolgt:

☐ Bewegung

☐ Rauchfreie Umgebung

☐ Unfallverhütung

☐ Empfohlene Impfungen laut Impfplan

☐ Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)

☐ Gewalt (u.a. Gewalt in Beziehungen oder gewaltfreie Erziehung)

☐ Sonstiges (Freitext):

921. Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc.:

922. Bei Voruntersuchung empfohlene Kontrollen durchgeführt o ja o nein

923. Diagnose:

Diagnosetext (Eingabe)

Diagnoseklassifikation (z.B. ICD-10, optional bzw. automat. Zuordnung)

Anmerkung: (Freitext) Verdachtsdiagnose ☐

924. Kontrollen dringend empfohlen o ja o nein

Wenn ja, welche, wo und in welchem Zeitraum (Freitext):

925. Überweisung zur weiteren Abklärung durch:

- ☐ Logopädie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Physiotherapie
- ☐ Sonstige (Freitext):.....

Anhang

EKP – Untersuchungsprogramm 2026 (Stand 15.01.2025)		Zeiträume gem. UP	KBG verpflichtend	GDA
ANM1	Anamnese	bis SSW 16 (15+6)	x	Gyn/AM
S1	Schwangerenuntersuchung 1	bis SSW 16 (15+6)	x	Gyn/AM
U1	Ultraschalluntersuchung 1	SSW 8 -16 (7+0 – 15+6)		Gyn/Rad/AM (bei entsprechender Qualifikation)
L1	Labor 1	bis SSW 16	x	Labor (Blutabnahme ggf Gyn/AM)
Voraussetzung Abschluss S1:				
A1	Allgemein- und familienmedizinische Untersuchung	SSW 14 – 20 (13+0 – 19+9)		AM
B1	Gesundheitsgespräch 1	SSW 14 – 20 (13+0 – 19+9)		Heb/AM
H1	Hebammenberatung 1	SSW 14 – 20 (13+0 – 19+9)	x	Heb
S2	Schwangerenuntersuchung 2	SSW 18 – 22 (17+0 – 21+6)	x	Gyn/AM
U2	Ultraschalluntersuchung 2	SSW 18 – 22 (17+0 – 21+6)		Gyn/Rad/AM (bei entsprechender Qualifikation)
B2	Elternberatung	SSW 20 – 35 (19+0 – 34+6)		
S3	Schwangerenuntersuchung 3	SSW 24 – 28 (23+0 – 27+6)	x	Gyn/AM
L2	Labor 2	SSW 24 – 28 (23+0 – 27+6)	x	Labor
H2	Hebammenberatung 2	SSW 24 – 34 (23+0 – 27+6)		Heb
S4	Schwangerenuntersuchung 4	SSW 30 – 34	x	Gyn/AM

		(29+0 – 33+6)		
U3	Ultraschalluntersuchung 3	SSW 30 – 34 (29+0 – 33+6)		Gyn/Rad/AM (bei entsprechender Qualifikation)
S5	Schwangerenuntersuchung 5	SSW 35 – 38 (34+0 – 37+6)	x	Gyn/AM
U4	Ultraschalluntersuchung 4	SSW 35 – 38 (34+0 – 37+6)		Gyn/Rad/AM (bei entsprechender Qualifikation)
G	Geburt			
K1	Kindesuntersuchung 1	1. LW	x	Päd/AM
HU1	Hüftultraschall 1	1. LW		Päd/Ortho/Rad (bei entsprechender Qualifikation) 
HS1	Hörscreening 1	1. – 4. LW	x	Päd/AM /HNO (mittels OAE oder AABR) 
H3	Hebammenberatung 3	4. – 8. LW		Heb
K2	Kindesuntersuchung 2	4. – 7. LW	x	Päd/AM
	orthopädische Untersuchung	4. – 7. LW 	x	Päd/AM/Ortho
HU2	Hüftultraschall 2	6. – 8. LW		Päd/Ortho/Rad (bei entsprechender Qualifikation) 
K3	Kindesuntersuchung 3	3. – 5. LM	x	Päd/AM
	psychosoziale Belastungen	3. – 5. LM		Päd/AM
K4	Kindesuntersuchung 4	7. – 9. LM	x	Päd/AM
	HNO-Untersuchung	7. – 9. LM	x	Päd/AM/HNO
K5	Kindesuntersuchung 5	10. – 14. LM	x	Päd/AM
	Augenuntersuchung	10. – 14. LM	x	Päd/AM/Augen
K6	Kindesuntersuchung 6	22. – 26. LM		Päd/AM
AFU1	augenfachärztliche Untersuchung 1	22. – 36. LM		Augen
K7	Kindesuntersuchung 7	34. – 38. LM		Päd/AM
K8	Kindesuntersuchung 8	46. – 50. LM		Päd/AM
K9	Kindesuntersuchung 9	58. – 62. LM		Päd/AM

