

Liebe werdende Mutter!

Zu Ihrem besseren Verständnis über den Ablauf der Betreuung im Rahmen der gesetzlichen Mutterschaftsrichtlinien möchten wir Sie hiermit informieren.

Die gesetzlichen Krankenkassen sehen eine Reihe von Vorsorgeuntersuchungen vor, die alle wichtig sind. Doch eine umfassende Vorsorge geht darüber hinaus. Wir möchten Ihnen eine optimale Vorsorge nach dem neuesten Stand der Technik und Wissenschaft nicht vorenthalten.

Daher haben wir für Sie eine Auflistung von zusätzlichen sinnvollen individuellen Gesundheitsleistungen erstellt.

Diese Zusatzleistungen führen wir nur auf Ihren Wunsch durch. Diese Kosten werden Ihnen im Rahmen der GOÄ in Rechnung gestellt - eine Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist rechtlich nach § 12 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V nicht möglich.

Sprechen Sie mit uns. Wir beraten Sie gerne.

Ihr Praxisteam

Praxis für Labormedizin
und Mikrobiologie



Praxis für Labormedizin
und Mikrobiologie



Praxisstempel

GESUNDHEIT GEMEINSAM BESCHÜTZEN



SCHWANGERSCHAFT

VORSORGEPASS



TERMIN	SSW	GESETZLICHE GESUNDHEITSLEISTUNG (GKV)	WUNSCHLEISTUNGEN
	4 - 8	<ul style="list-style-type: none"> • SS-Feststellung, Untersuchung • Mutterpassanlage mit Blutentnahme • Blutgruppe mit Rhesusfaktor • Antikörpersuchtest HBs-Ag • Luestest • ggf. Röteln-Antikörper • ggf. HIV-Test • Hämoglobinbestimmung • Chlamydiennachweis aus Urinprobe • Besprechung • Ernährungsberatung 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitgeberbescheinigung • Toxoplasmose-Screening • Cytomegalie-Screening • Listeriose-Screening • Parvo B19-Screening (Ringelröteln) • Varizellen-Screening (Windpocken) • Pertussis-Screening (Keuchhusten)
	9 - 12	<ul style="list-style-type: none"> • Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung • 1. Ultraschalluntersuchung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ersttrimester-Screening (Ultraschall-Untersuchung + Blutuntersuchung) zum Ausschluss des Down-Syndroms
	12 - 14	<ul style="list-style-type: none"> • Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors • Nicht-invasiver Pränataltest (NIPT) auf Trisomien 	<ul style="list-style-type: none"> • Orale Glucose Toleranztest (OGTT) bei Risikogruppen
	14 - 16	<ul style="list-style-type: none"> • Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung • ggf. HB-Bestimmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschall • Toxoplasmosestest • AFP-Bestimmung (Ausschluss Spina bifida)
	19 - 22	<ul style="list-style-type: none"> • Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung • 2. Ultraschalluntersuchung • ggf. HB-Bestimmung 	
	22 - 24	<ul style="list-style-type: none"> • Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung • Antikörpersuchtest • ggf. HB-Bestimmung • Orale Glucose Toleranztest (OGTT) zum Ausschluss von Schwangerschaftsdiabetes 24. - 28. SSW 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschall • Doppler-Ultraschall • Toxoplasmosestest • Gestosemarker
	26 - 28	<ul style="list-style-type: none"> • Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung • ggf. Tokogramm (CTG ab 28. SSW) • ggf. HB-Bestimmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschall
	29 - 32	<ul style="list-style-type: none"> • Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung • 3. Ultraschalluntersuchung • ggf. CTG • ggf. HB-Bestimmung 	
	32 - 35	<ul style="list-style-type: none"> • Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung • ggf. HB-Bestimmung • ggf. CTG 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschall • Toxoplasmosestest
	34 - 37	<ul style="list-style-type: none"> • Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung • ggf. HB-Bestimmung • ggf. CTG 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschall • Abstrich B-Streptokokken
	40	<ul style="list-style-type: none"> • Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung • ggf. CTG 	