

Sie erwarten ein Baby! Herzlichen Glückwunsch



Nachdem wir bei Ihnen eine Schwangerschaft festgestellt haben, erfolgt nun eine Reihe von Untersuchungen

Liebe werdende Eltern!

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



Weiterhin haben wir für Sie eine Auflistung von ergänzenden individuellen Gesundheitsleistungen erstellt, die nach Empfehlung des Berufsverbandes der Frauenärzte zur besseren und sicheren Überwachung Ihrer Schwangerschaft dienen.

Diese Zusatzleistungen führen wir gerne auf Ihren Wunsch hin durch. Die Kosten werden Ihnen nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Eine Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nach § 12 Abs. 1 Sozialgesetzbuch nicht möglich.

Bitte begleichen Sie diese Leistungen bei Inanspruchnahme in bar oder per EC-Karte.

Sprechen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne individuell.
Herzlichst, Ihre

FRAUENÄRZTLICHE FACHARZTPRAXIS FULDA

Andreas HARTUNG


Schlitzer Str.91, 36039 Fulda

Telefon: 0661 / 535 66 Telefax: 0661 / 535 67


Internet: www.dr-hartung.de

e-mail: info@dr-hartung.de

MEIN BABYFAHRPLAN 4.- 22.SCHWANGERSCHAFTSWOCHE

Ihr Termin bei uns	SSW	Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	Mein Baby-Wunschzettel  bitte ankreuzen
.....	4-8	SS-Feststellung, vaginale Untersuchung Gewicht Blutdruck Urinuntersuchung Mutterpassanlage mit Blutentnahme: Blutgruppe mit Rhesusfaktor Antikörpersuchtest Rötelntest HIV (wenn gewünscht) Hämoglobinbestimmung Chlamydien-Abstrich	Arbeitgeberbescheinigung <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! Toxoplasmose-Screening <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! Zytomegalie-Screening <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! 3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	9-12	Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung Gewicht Blutdruck Urinuntersuchung Ultraschalluntersuchung	3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	11-14		Nackentransparenzmessung („Ersttrimesterscreening“) <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	14-16	Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung Gewicht Blutdruck Urinuntersuchung Ggfls. Hämoglobin-Bestimmung	3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	18-22	Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung II. Ultraschalluntersuchung Gewicht Blutdruck Urinuntersuchung Tokogramm Ggfls. Hämoglobin-Bestimmung	Toxoplasmose-Screening <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! Zytomegalie-Screening <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! 3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	22-24	Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung Gewicht Blutdruck Urinuntersuchung Antikörpersuchtest	Wunsch-Ultraschall 2D <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! 3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!

MEIN BABYFAHRPLAN 26.- 40.SCHWANGERSCHAFTSWOCH

Ihr Termin bei uns	SSW	Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	Mein Baby-Wunschzettel  bitte ankreuzen
.....	26-28	Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung Gewicht Blutdruck, Urinuntersuchung CTG Ggfls. Hämoglobin-Bestimmung Blutzuckertest	Wunsch-Ultraschall 2D <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! 3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	28-30	Anti-D-Prophylaxe bei Rhesus-Negativität	
.....	30-32	Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung Gewicht Blutdruck Urinuntersuchung III. Ultraschalluntersuchung CTG Ggfls. Hämoglobin-Bestimmung	Toxoplasmose-Screening <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! Zytomegalie-Screening <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! 3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	32-35	Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung Gewicht Blutdruck Urinuntersuchung Ggfls. Hämoglobin-Bestimmung HBs-Ag CTG	Wunsch-Ultraschall 2D <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! 3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	34-37	Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung Gewicht Blutdruck Urinuntersuchung Ggfls. Hämoglobin-Bestimmung CTG	Wunsch-Ultraschall 2D <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! 3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	35-38		Wunsch-Ultraschall 2D <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! 3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!
.....	40	Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung Gewicht Blutdruck Urinuntersuchung CTG	Wunsch-Ultraschall 2D <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby! 3D- / 4D-Ultraschall <input type="checkbox"/> Ja! Das will ich für mein Baby!