

ELTERN KIND PASS



REPUBLIK ÖSTERREICH

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT,
PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ

Name:

Mutter

Kind

Impressum

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

Druck:

Print Alliance HAV Produktions GmbH

Herstellungsort:

Bad Vöslau

Ausgabe:

2026

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.

Wichtige weiterführende Informationen:



Begleitbroschüre zum Mutter-Kind-Pass
„Unser Baby kommt“



impfen.gv.at



Broschüre „Stillen – ein guter Beginn“



Broschüre „Impfungen für Schwangere.
Schützt einfach“

Liebe Mutter! Lieber Vater! Liebe Eltern!

Sie haben mit dem Eltern-Kind-Pass ein Dokument in Händen, das zur Eintragung der Untersuchungsbefunde während der Schwangerschaft, der Geburt und der ersten Lebensjahre Ihres Kindes bestimmt ist.

Es ist wichtig für Sie und die Gesundheit Ihres Kindes, dass Sie die vorgesehenen Untersuchungen zeitgerecht durchführen lassen. Sie sollten den Eltern-Kind-Pass immer mitbringen, wenn in der Schwangerschaft oder später bei Ihrem Kind von der Ärztin/vom Arzt oder im Krankenhaus Untersuchungen erfolgen, damit alle notwendigen Eintragungen vorgenommen werden können. Darüber hinaus haben Sie auch Anspruch auf eine kostenlose Hebammenberatung.

Ein vollständig ausgefüllter Eltern-Kind-Pass gibt Auskunft über den Verlauf der Schwangerschaft und den Gesundheitszustand des Kindes, ermöglicht aber auch, allfällige Gefahren zu erkennen und entsprechend zu bekämpfen. Bedenken Sie außerdem, dass Sie das volle Kinderbetreuungsgeld nur dann erhalten können, wenn alle vorgesehenen Untersuchungen im festgelegten Zeitraum durchgeführt worden sind. Ohne Ihre Zustimmung dürfen unbefugte Personen nicht in den Eltern-Kind-Pass Einsicht nehmen.

Überreicht durch den Gesundheitsdienst Ihres Bundeslandes.

ALLGEMEINE INFORMATIONEN:

Der **Eltern-Kind-Pass** hat sich seit **50 Jahren** bewährt. Werden alle Untersuchungen, die im Eltern-Kind-Pass angeführt sind, auch zeitgerecht durchgeführt, so gewährleistet dies die **bestmögliche Vorsorge**. Nur so können Erkrankungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden, nur so sind die Chancen auf eine gute Entwicklung möglichst umfassend gewahrt – auch für Sie und Ihr Baby.

Darüber hinaus ist die zeitgerechte **Durchführung** der **Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen**, die bis zur **Vollendung des 14. Lebensmonats** des Kindes vorgesehen sind, **Voraussetzung für die Weitergewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes**. Wie und wann Sie die Untersuchungen nachzuweisen haben, finden Sie auf den Seiten **4** sowie **5 ff.**

Folgende Untersuchungen sind zur Gewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes unabdingbar notwendig:

Untersuchungen während der Schwangerschaft

- eine Untersuchung bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche einschließlich Blutuntersuchungen,

- eine Untersuchung in der 17. bis einschließlich 20. Schwangerschaftswoche, die eine interne Untersuchung mitumfasst,
- eine Untersuchung in der 25. bis einschließlich 28. Schwangerschaftswoche, die eine Blutuntersuchung mitumfasst,
- eine Untersuchung in der 30. bis einschließlich 34. Schwangerschaftswoche und
- eine Untersuchung in der 35. bis einschließlich 38. Schwangerschaftswoche.

Untersuchungen des Kindes

- eine Untersuchung des Kindes in der ersten Lebenswoche (wird bei Spitalsgeburten meist während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführt),
- eine Untersuchung in der 4., 5., 6. oder 7. Lebenswoche einschließlich einer orthopädischen Untersuchung,
- eine Untersuchung im 3., 4. oder 5. Lebensmonat,
- eine Untersuchung im 7., 8. oder 9. Lebensmonat, einschließlich einer Hals-Nasen-Ohren-Untersuchung und
- eine Untersuchung im 10. bis einschließlich 14. Lebensmonat, die eine Augenuntersuchung mitumfasst.

Erfolgt der Nachweis dieser Untersuchungen nicht ordnungsgemäß, so wird das Kinderbetreuungsgeld reduziert.

Die Durchführung der Untersuchungen wird von der Ärztin/vom Arzt auf den Vordrucken (Batt 1 und 2) im hinteren Teil des Eltern-Kind-Passes vermerkt, die Sie der Krankenkasse zeitgerecht **in Kopie** zu übermitteln oder vorzulegen haben. Die im Eltern-Kind-Pass verbleibenden Original-Vordrucke müssen sieben Jahre aufbewahrt werden.

Sowohl für das pauschale Kinderbetreuungsgeld als Konto als auch das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld gilt folgende Vorgangsweise:

Die Nachweise über die ersten sechs Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen (**Blatt 1**) sind bereits **im Zuge der erstmaligen Antragstellung auf Kinderbetreuungsgeld zu übermitteln bzw. vorzulegen.**

Die restlichen vier Kindesuntersuchungen (**Blatt 2**) sind der Krankenkasse bis spätestens zur Vollendung des 15. Lebensmonates des Kindes in Kopie nachzuweisen.

ZUR BEACHTUNG!

Das Programm nach dem Eltern-Kind-Pass sieht auch folgende kostenlose Untersuchungen und Beratungen vor, die zwar medizinisch empfehlenswert sind, aber nicht zum Teilverlust des Anspruches auf das Kinderbetreuungsgeld führen, wenn sie nicht vorgenommen wurden:

- eine Ultraschalluntersuchung der Schwangeren in der 8., 9., 10., 11. oder 12. Schwangerschaftswoche,
- eine Hebammenberatung der Schwangeren in der 18., 19., 20., 21. oder 22. Schwangerschaftswoche,
- eine Ultraschalluntersuchung der Schwangeren in der 18., 19., 20., 21. oder 22. Schwangerschaftswoche,
- eine Ultraschalluntersuchung der Schwangeren in der 30., 31., 32., 33. oder 34. Schwangerschaftswoche,
- eine Hüftultraschalluntersuchung des Kindes in der ersten Lebenswoche,
- eine Hüftultraschalluntersuchung des Kindes in der 6., 7. oder 8. Lebenswoche,
- eine Untersuchung im 22. bis einschließlich 26. Lebensmonat (etwa 2. Geburtstag), die eine augenfachärztliche Untersuchung mitumfasst,

- eine Untersuchung im 34. bis einschließlich 38. Lebensmonat (etwa 3. Geburtstag),
- eine Untersuchung im 46. bis einschließlich 50. Lebensmonat (etwa 4. Geburtstag) und
- eine Untersuchung im 58. bis einschließlich 62. Lebensmonat (etwa 5. Geburtstag).

Alle Untersuchungen sind bei Inanspruchnahme von Vertragsärzten/Vertragsärztinnen der Sozialversicherungsträger **kostenlos**, für Sie und die Gesundheit Ihres Kindes aber unbezahlbar. Wenn Sie alle Untersuchungen durchführen lassen, sichern Sie sich und Ihrem Kind eine ausgezeichnete vorsorgende gesundheitliche Betreuung. Durch Vorlage des Eltern-Kind-Passes bei der ersten schulärztlichen Untersuchung schaffen Sie auch optimale Voraussetzungen für diese Untersuchung.

Für AUSKÜNFTE stehen gerne zur Verfügung:

- die zuständigen Krankenversicherungsträger
- das Bundeskanzleramt – Sektion Familie und Jugend

Für medizinische Belange:

- das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

INHALTSVERZEICHNIS UND ZEITPLAN FÜR DIE UNTERSUCHUNGEN

	Seite
Bis SSW 16	
Geburtshilfliche Untersuchung	10-16
Ultraschalluntersuchung SSW 8 - 12	22
Labor	26
SSW 17 - 20	
Geburtshilfliche Untersuchung	14
Interne Untersuchung	21
SSW 18 - 22	
Hebammenberatung	20
Ultraschalluntersuchung	23
SSW 25 - 28	
Geburtshilfliche Untersuchung	14
Labor	27
SSW 30 - 34	
Geburtshilfliche Untersuchung	14
Ultraschalluntersuchung	24
SSW 35 - 38	
Geburtshilfliche Untersuchung	14
Entbindung	28
Neugeborenes nach der Geburt	29
Wochenbett	30
1. Lebenswoche	
Kindesuntersuchung	32
Hüftultraschalluntersuchung	35
Kontrolle nach ambulanter Geburt	33
4. - 7. Lebenswoche	
Kindesuntersuchung	36
Orthopädische Untersuchung	40

INHALTSVERZEICHNIS UND ZEIT- PLAN FÜR DIE UNTERSUCHUNGEN

	Seite
6. - 8. Lebenswoche	
Hüftultraschalluntersuchung	38
3. - 5. Lebensmonat	
Kindesuntersuchung	42
7. - 9. Lebensmonat	
Kindesuntersuchung	44
HNO-Untersuchung	46
10. - 14. Lebensmonat	
Kindesuntersuchung	48
Augenuntersuchung	50
22. - 26. Lebensmonat	
Kindesuntersuchung	52
Augenfachärztliche Untersuchung	54
34. - 38. Lebensmonat	
Kindesuntersuchung	56
46. - 50. Lebensmonat	
Kindesuntersuchung	58
58. - 62. Lebensmonat	
Kindesuntersuchung	60
Bestätigungen für Krankenversicherungsträger	65-68

ELTERN-KIND-PASS

MUTTER

.....							
Familienname				Vorname			
.....							
Sozialversicherungsnummer				Geburtsdatum			
.....							
Krankenkasse							
.....							
Straße, Hausnummer							
.....							
Postleitzahl				Ort			
.....							
Telefon							
.....							
Wo ist die Entbindung vorgesehen?							
.....							
Im Bedarfsfall zu verständigen?							

KIND

.....							
Familienname				Vorname			
.....							
Geburtsdatum							

ANAMNESE DER WERDENDEN MUTTER

Alter in Jahren

Gewicht vor der Schwangerschaft in kg

Größe in cm

Menses

Gravida: Para:

davon:

Früh-Abort

Spät-Abort

Extrauterine Grav.

Vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen

Datum	Geschlecht	Gewicht in Gramm	SSW	wo entbunden	Komplikationen während der Schwangerschaft (z.B. Frühgeburt, GDM, Präeklampsie), Entbindungsmodus: spontan, vag.operativ, Sectio), Komplikationen bei Geburt und im Wochenbett (z.B. Uterusatonie, Fieber, Dammriss III, IV) schwere Erkrankungen der Kinder

ANAMNESE UND ALLGEMEINE BEFUNDE

1. Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, gen. Erkrankungen, psych. Krankheiten) ☐ nein ☐ ja
2. Psychosoziale Belastung (familiär od. beruflich, Integrations-, wirtschaftl. Probleme) ☐ nein ☐ ja
3. St. p. Varicellen ☐ nein ☐ ja
4. Raucherin vor der Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja
5. Raucherin während Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja
6. Alkoholkonsum ☐ nein ☐ ja
7. Drogenkonsum ☐ nein ☐ ja
8. frühere eigene schwere Erkrankungen und Operationen (siehe Freitext) ☐ nein ☐ ja
9. Zustand nach Sectio oder anderen Uterus-Operationen (siehe Freitext) ☐ nein ☐ ja
10. Blutungs-/Thromboseneigung bek. ☐ nein ☐ ja
11. Dauermedikation ☐ nein ☐ ja
12. Allergie ☐ nein ☐ ja
13. andere Zusatzinformationen ☐ nein ☐ ja

weitere Ausführungen:

.....

.....

.....

.....

.....

DERZEITIGE SCHWANGERSCHAFT

Sterilitätsbehandlung

erster Tag der letzten normalen Regel

errechneter Geburtstermin

Geburtstermin laut US:

ZUSATZBEFUNDE FÜR DIE 1. UNTERSUCHUNG (siehe Seite 14/15)

Datum SSW + Tage

gynäkologischer Status ☐ unauffällig

☐ auffällig

Brust ☐ unauffällig

☐ auffällig

PAP-Test

Vag.Sekret (nativ)

über Folgen von Rauchen und Alkohol in Schwangerschaft aufgeklärt ☐ ja ☐ nein

Schwangerschaftsgymnastik empfohlen ☐ ja ☐ nein

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

Untersuchung	Datum	SSW +d	Gewicht kg Nikotin (Zig./d)	Blutdruck	Ödeme Varizen	Kindes- lage
1			_____		_____	
2			_____		_____	
3			_____		_____	
4			_____		_____	
5			_____		_____	
6			_____		_____	
7			_____		_____	
8			_____		_____	
9			_____		_____	
10			_____		_____	

Herztöne Kindes- bewegungen	gyn. Befund	Harnbefund	Auffälligkeiten, Verordnungen, Sonstiges

Stempel und ärztliche Unterschrift für die Untersuchungen auf Seite 14/15

1. Untersuchung	6. Untersuchung
2. Untersuchung	7. Untersuchung
3. Untersuchung	8. Untersuchung
4. Untersuchung	9. Untersuchung
5. Untersuchung	10. Untersuchung

BESONDERE BEFUNDE IN DER SCHWANGERSCHAFT

- Blutung vor der SSW 28 ☐
- Blutung nach der SSW 28 ☐
- Placenta praevia ☐
- Polyhydramnion ☐
- Oligohydramnion ☐
- Placentainsuffizienz ☐
- vorzeitige Wehentätigkeit ☐
- Zervixinsuffizienz ☐
- Anämie ☐
- Harnwegsinfekt ☐
- indirekter Coombstest positiv (Rh) ☐
- Risiko aus anderen serologischen Befunden ☐
- Hypertonie (> 140/90 mmHg) ☐
- Eiweißausscheidung $\geq 1\text{g/l}$ ☐
- mittelgradige – schwere Ödeme ☐
- Gestationsdiabetes ☐

behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen:

andere Auffälligkeiten:

vorzeitiger Mutterschutz beantragt am:

Fetale Auffälligkeiten während der Schwangerschaft:

.....

.....

.....

Stationäre oder ambulante Behandlung während der Schwangerschaft

.....

von – bis	Klinik
-----------	--------

.....

Diagnose	Behandlung
----------	------------

.....

von – bis	Klinik
-----------	--------

.....

Diagnose	Behandlung
----------	------------

Weitere Eintragungen:

HEBAMMENBERATUNG SSW 18 - 22

Information über Schwangerschaftsverlauf, Geburt,
Wochenbett und Stillen ☐

Beratung über gesundheitsförderndes und präventives
Verhalten ☐

Eingehen auf psychosoziales Umfeld, Erwartungen
und Fragen ☐

gegebenenfalls Information über weitere
Unterstützungsmöglichkeiten ☐

Besondere Beratungsergebnisse:

Datum:
Stempel, Unterschrift

INTERNE UNTERSUCHUNG SSW 17 – 20

Nase, Rachen:

Zähne:

Hals:

Herz-Kreislauf:

Blutdruck:

Lunge:

Abdomen:

Skelett, Extremitäten:

Haut:

Nervensystem:

Gesamtbefund:

Datum:
Stempel, ärztliche Unterschrift

1. ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG SSW 8 – 12

SSW + Tage errechnet

SSW + Tage laut Ultraschall

intrauteriner Sitz ☐ nein ☐ ja

Herzaktion ☐ nein ☐ ja

SSL des Embryos in mm

Mehrlingsschwangerschaft ☐ ja

Anzahl:

☐ monochorial ☐ dichorial

erschwerter Untersuchungs- ☐ nein ☐ ja
bedingungen

Aufklärung über weitere ☐ nein ☐ ja
pränataldiagnostische
Untersuchungen erfolgt

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

2. ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG SSW 18 – 22

SSW + Tage

Zahl der Feten

Plazentalokalisation

Herzaktion

Fruchtwassermenge ☐ normal
☐ Polyhydramnion
☐ Oligohydramnion

Biometrie in mm

biparietaler Durchmesser
und/oder Kopfumfang

Abdomen quer
oder Abdomenumfang

Femurlänge (fakultativ)

Biometrie entsprechend SSW ☐ nein ☐ ja
Kontrollbedarf ☐ nein ☐ ja
weiterführende Untersuchung veranlasst ☐ nein ☐ ja
wegen:

Aufklärung über Organscreening erfolgt ☐ nein ☐ ja

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

3. ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG SSW 30 – 34

Weitere Eintragungen:

SSW + Tage

Kindslage

Plazentalokalisation

Herzaktion

Fruchtwassermenge ☐ normal
☐ Polyhydramnion
☐ Oligohydramnion

Biometrie in mm

biparietaler Durchmesser
und/oder Kopfumfang

Abdomen quer
oder Abdomenumfang

Femurlänge (fakultativ)

Biometrie entsprechend SSW ☐ nein ☐ ja

Kontrollbedarf ☐ nein ☐ ja

weiterführende Untersuchung veranlasst ☐ nein ☐ ja

wegen:

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

Blutgruppe

☐ A ☐ B ☐ AB ☐ 0

Rh-Faktor

☐ pos. ☐ neg.

Antikörper-Suchtest ☐ neg. ☐ pos. Titer 1:

Röteln-Antikörper ☐ neg. ☐ pos.

Lues Reaktion (TPHA) ☐ neg. ☐ pos.

Toxoplasmose-Untersuchung:

pos. Vorbefund frühere SS ☐ nein ☐ ja Titer 1:
oder Units

aktueller Befund ☐ neg. ☐ pos. Titer 1:
oder Units

HIV durchgeführt ☐

Erythrozytenanzahl: Einheiten
oder
Hämatokrit: % Hämoglobin: g/dl

Datum:
Name des Labors, Unterschrift

andere durchgeführte Untersuchungen

.....
.....

HBs Antigen

☐ neg. ☐ pos.
☐ weitere Abklärung veranlasst

nüchtern: 1h: 2h:

oGTT (75g Glukose)mg/dl

Erythrozytenanzahl: Einheiten
oder
Hämatokrit: % Hämoglobin: g/dl

Datum:
Name des Labors, Unterschrift

Kontrollen, falls erforderlich:

Antikörper-Suchtest:

Datum, SSW + Tage	neg.	pos.	Titer (IE):
.....	☐	☐	
.....	☐	☐	
.....	☐	☐	

Toxoplasmose-Kontrolluntersuchungen:

letzte Kontrolle nach SSW 32

Datum, SSW + Tage	neg.	pos.	Titer (IE):
.....	☐	☐	
.....	☐	☐	
.....	☐	☐	

ENTBINDUNG

TT MM JJ Uhrzeit SSW T

☐ Krankenhaus ☐ Extern ☐ Arzt/Ärztin ☐ Hebamme

Geburtsdauer in Stunden:

Blasensprung: Std. vor Geburt

Fruchtwasser: Farbe Menge

Mütterliche Erkrankung:

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

Mehrlingsgeburt: ☐ ja ☐ nein

Mehrling ☐ I ☐ II ☐ III

Kindeslage ☐ SL ☐ BEL ☐ QL

Sonstiges

Geburtsmodus ☐ spontan Sectio: ☐ prim. ☐ sek.

☐ Manualhilfe ☐ Vakuum ☐ Forceps

Ind. operat. Geburtsbeendigung:

Ind. medik. Einleitung:

Anästhesie: ☐ lokal ☐ Intubation ☐ Spinal/Epid.

☐ Episiotomie ☐ Zervixriss ☐ DR I/II ☐ DR III/IV

Blutverlust: ☐ normal ☐ vermehrt ☐ Scheidenriss

< 500 ml > 500 ml

Anomalien (Nabelschnur, Plazenta, Atonie, etc.):

Stempel, Unterschrift

DAS NEUGEBORENE NACH DER GEBURT

Name

Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ offen/inter/divers/keine Angabe

Gewicht g **Länge** cm **Kopfumfang** cm

APGAR	1 min	5 min	10 min	Primäre Reanimation
Herzaktion				☐ Sauerstoffvorlage
Atmung				☐ Beutelbeatmung
Hautfarbe				☐ Intubation
Muskeltonus				☐ Nabelvenenkatheter
Reflexe				☐ Herzmassage
Gesamt				☐ Medikamente:

Nabelschnur pH (arteriell) BE

Hämatokrit Vol% **Blutzucker** mg%

Besonderheiten:

☐ intrauterine Asphyxie ☐ Zyanose

☐ neonatale Asphyxie ☐ Blässe

☐ Schock ☐ Ikterus

☐ Atemstörung ☐ Unreife

☐ Malformation

☐ transferiert nach

☐ Intensivtransport durchgeführt durch

☐ Kontrolle dringend empfohlen

Stempel, Unterschrift

WOCHENBETT

Wochenbett

☐ auffällig ☐ unauffällig

Besonderheiten:

Anti-D-Prophylaxe

☐ ja ☐ nein

Masern-Mumps-Röteln-Impfung ☐ ja ☐ nein

.....

Mutter stillt

☐ ja ☐ nein

Mutter und Kind unauffällig entlassen am

Mutter entlassen am

Kind verlegt am

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

Weitere Eintragungen:

UNTERSUCHUNG DES NEUGEBORENEIN IN DER 1. LEBENSWOCH

Gestationsalter SSW Blutgruppe Rh

Befunde	auffällig	unauffällig
Schädel	☐	☐
Sinnesorgane	☐	☐
Mundhöhle/Rachen	☐	☐
Halsregion	☐	☐
Herz/Kreislauf	☐	☐
Atmung	☐	☐
Lunge	☐	☐
Abdomen	☐	☐
Nabel	☐	☐
Genitale/Analregion	☐	☐
Haut	☐	☐
Muskeltonus	☐	☐
Reflexe	☐	☐
Meconium	☐	☐
Skelett (Claviculae, Hüften, WS)	☐	☐
Extremitäten	☐	☐
Hörscreening durchgeführt	☐	☐
Blutabnahme für Neugeborenenenscreening durchgeführt		☐
Hepatitis-B-Impfung (aktiv und passiv) durchgeführt bei pos. Befund der Mutter		☐

Rachitisprophylaxe – Vitamin D täglich

Vitamin-K-Prophylaxe ☐ 1. Gabe ☐ 2. Gabe
☐ im. falls oral nicht möglich

- ☐ Termingeburt ☐ Mehrling
☐ Frühgeburt ☐ Dystrophie
☐ Übertragung
☐ Kontrolle bei ambulanter Geburt/vorzeitige Entlassung notwendig

andere durchgef. Befunde:

Entlassungsgewicht g

Diagnose:

☐ Kontrollen dringend empfohlen

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

KONTROLLE nach AMBULANTER GEBURT bzw. vorzeitiger Entlassung in der 1. Lebenswoche

Gewicht g

Vitamin-K-Prophylaxe oral: 2. Gabe ☐

Blutabnahme für Neugeborenenenscreening durchgeführt ☐

ärztliche klinische Untersuchung durchgeführt ☐

☐ Kontrollen dringend empfohlen

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

NEONATALE ERKRANKUNGEN in der 1. Lebenswoche

- | | |
|---|---|
| ☐ transitorische Tachypnoe | ☐ Aspiration |
| ☐ Atemnotsyndrom | ☐ Pneumothorax |
| ☐ andere | |
| ☐ kongenitaler Herzfehler | |
| ☐ andere | |
| ☐ enterale Anpassungsstörung | |
| ☐ Ileus | |
| ☐-atresie/-stenose | |
| ☐ andere | |
| ☐ Anämie | ☐ Polyglobulie |
| ☐ Morbus haemolyticus neonatorum | ☐ Hyperbilirubinämie |
| ☐ andere | |
| ☐ Krampfanfälle | ☐ Apnoe |
| ☐ Hirnblutung | ☐ Drogenentzugssyndrom |
| ☐ andere | |
| ☐ Pränatale Infektion | |
| ☐ Sepsis | ☐ Meningitis |
| ☐ Pneumonie | ☐ Harnwegsinfektion |
| ☐ andere | |
| ☐ Geburtsverletzungen | |
| ☐ Fehlbildungen | |
| ☐ Andere Erkrankungen | |
| ☐ Kontrollen dringend empfohlen | |

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

HÜFTULTRASCHALLUNTERSUCHUNG in der 1. Lebenswoche

rechts: Typ

links: Typ

☐ Behandlungsindikation

Therapie

Kontrolle in Wochen

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

4.-7. LEBENSWOCHE

Körpergewicht.....g Körperlänge.....cm Kopfumfang.....cm

ja nein

Stillen: ☐ ☐ voll ☐ teilweise ☐

Ernährung altersgemäß ☐ ☐ Pre-Nahrung ☐

Rachitisprophylaxe: Vitamin D ☐ ☐ 1er-Nahrung ☐
täglich

Orale Vitamin-K-Prophylaxe ☐ ☐
wiederholt

Trinkschwierigkeiten ☐ ☐

Gedeihstörung ☐ ☐

Zwischenzeitliche Erkrankung ☐ ☐

Erbrechen ☐ ☐

Krampfanfälle ☐ ☐

Rückenlage: Spontanhaltung ☐ ☐
auffällig

Bauchlage: Kopfheben und ☐ ☐
Seitwärtsdrehen

Reagiert auf Reize ☐ ☐

Fixiert ☐ ☐

Untersuchungsbefund: auffällig unauffällig

Allgemeinzustand ☐ ☐

Ernährungszustand ☐ ☐

Entwicklungsstand ☐ ☐

Augen: brechende Medien ☐ ☐

sonstige Organbefunde ☐ ☐

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.

Information zu empfohlenen Impfung laut Impfplan durchgeführt ☐

Diagnose:

Kontrollen dringend empfohlen ☐

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

HÜFTULTRASCHALLUNTERSUCHUNG

6.–8. Lebenswoche

rechts: Typ.....

links: Typ

Behandlungsindikation ☐

Therapie

Kontrolle in Wochen

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

ORTHOPÄDISCHE UNTERSUCHUNG IN DER 4.-7. LEBENSWOCHE

Auffälligkeiten
in der Familien-
anamnese:

	Vater	Mutter	Geschw.
Hüfte	☐	☐	☐
Füße	☐	☐	☐
Wirbels.	☐	☐	☐
Sonst.	☐	☐	☐

auffällig unauff.

Spontanmotorik	☐	☐
Schädel	☐	☐
Hals (Schiefhals)	☐	☐
Wirbelsäule	☐	☐
Thorax	☐	☐
Beweglichk. d. Extr.	☐	☐
obere Extremitäten	☐	☐
Hüften	☐	☐

Ober-, Unterschenkel	☐	☐
Füße	☐	☐

Sonstiges:

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Gestationsalter:

ja nein

Beckenendlage ☐ ☐

Mehrling ☐ ☐

re. li.

locker ☐ ☐

Spreizhemmung ☐ ☐

Ortolani pos. ☐ ☐

Längendifferenz ☐ ☐

Hackenfuß ☐ ☐

Knickfuß ☐ ☐

Sichelfuß ☐ ☐

Kletterfuß ☐ ☐

Klumpfuß ☐ ☐

Diagnose:

Behandlungsindikation ☐

dzt. in Behandlung ☐

orthopäd. Kontrolle dringend empfohlen ☐

Kontrolle in Wochen

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

3.–5. LEBENS MONAT

Körpergewicht.....g Körperlänge.....cm Kopfumfang.....cm

Stillen: ☐ ja ☐ nein
 Ernährung altersgemäß ☐ ☐ voll ☐ teilweise ☐
 Rachitisprophylaxe: Vitamin D ☐ ☐ Pre-Nahrung ☐
 täglich ☐ 1er-Nahrung ☐

Ernährungsschwierigkeiten ☐ ☐
 Zwischenzeitliche Erkrankung ☐ ☐

Greifbewegungen ☐ ☐
 Reaktion auf Licht/Bewegung ☐ ☐
 Strabismus ☐ ☐
 Reaktion auf Geräusche ☐ ☐
 Hebt Kopf in Bauchlage bis 90° ☐ ☐
 Oberkörper in Bauchlage auf ☐ ☐
 Arme gestützt ☐ ☐
 Dreht sich um ☐ ☐
 Spreizhemmung ☐ ☐

Untersuchungsbefund: ☐ auffällig ☐ unauffällig

Allgemeinzustand ☐ ☐
 Ernährungszustand ☐ ☐
 Entwicklungsstand ☐ ☐
 Augen: brechende Medien ☐ ☐
 sonstige Organbefunde ☐ ☐

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, fachärztlich-orthopädische Kontrolle, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.

Information zu empfohlenen Impfung laut Impfplan durchgeführt ☐

Diagnose:

Kontrollen dringend empfohlen ☐

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

7.–9. LEBENS MONAT

Körpergewicht.....g Körperlänge.....cm Kopfumfang.....cm

	ja	nein
Ernährung altersgemäß	☐	☐
Rachitisprophylaxe: Vitamin D täglich	☐	☐
Fluoridprophylaxe	☐	☐
Ernährungsschwierigkeiten	☐	☐
Zwischenzeitliche Erkrankung	☐	☐
Sitzt frei	☐	☐
Krabbeln	☐	☐
Stehbereitschaft	☐	☐
Daumen - Finger - Greifen	☐	☐
Imitiert Sprachlaute	☐	☐
Sozialer Kontakt gut	☐	☐
Strabismus	☐	☐

Untersuchungsbefund:

auffällig unauffällig

Allgemeinzustand	☐	☐
Ernährungszustand	☐	☐
Entwicklungsstand	☐	☐
Organbefunde	☐	☐
Gebiss	☐	☐

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, fachärztlich-orthopädische Kontrolle, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.

Information über Kinderunfälle durchgeführt ☐

Information zu empfohlenen Impfung laut Impfplan durchgeführt ☐

Diagnose:

Kontrollen dringend empfohlen ☐

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

HNO-UNTERSUCHUNG IM 7.-9. LEBENSMONAT

Pränatale Risiken: Angeborene Hörstörungen, virale, bakterielle und andere Infektionen in der SS (z.B. Röteln, Toxoplasmose, Listeriose, Lues), 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.

	ja	nein
Risikofaktoren in der Anamnese (siehe oben)	☐	☐
Erschrickt Ihr Kind bei plötzlichen lauten Geräuschen?	☐	☐
Reagiert Ihr Kind auf Geräusche (Türklingel, Telefon, Spielzeug)?	☐	☐
Schläft Ihr Kind weiter, wenn es im Raum ungewöhnlich laut ist?	☐	☐
Reagiert Ihr Kind auf Zurufe?	☐	☐
Können Sie Ihr Kind durch Ansprechen beruhigen, wenn es weint?	☐	☐
Bringt Ihr Kind lallende Laute hervor, wenn es zufrieden daliegt?	☐	☐
Klingen diese Laute melodisch?	☐	☐

Diagnose:

	auffällig	unauff.
Ohr (Muschel, Gehörgang, Trommelfell)	☐	☐
Nase	☐	☐
Mund, Rachen	☐	☐
Hörreaktion: reproduzierbare Reaktion auf Schallreize (z. B. Glocke, Quietschpuppe, Rassel im Sinne von laut - mittellaut - leise)	re. ☐	☐
	li. ☐	☐

Fachärztliche Kontrolle dringend empfohlen ☐

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

10.–14. LEBENSMONAT

Körpergewicht.....g Körperlänge.....cm Kopfumfang.....cm

	ja	nein
Ernährung altersgemäß	☐	☐
Fluoridprophylaxe	☐	☐
Ernährungsschwierigkeiten	☐	☐
Zwischenzeitliche Erkrankung	☐	☐
Sprachentwicklung altersgemäß	☐	☐
Reagiert Ihr Kind auf Rufen seines Namens?	☐	☐
Kommt es vor, dass Ihr Kind immer dieselben Laute, Silben, Worte oder bestimmte Tätigkeiten wiederholt?	☐	☐
Aufstehen	☐	☐
Stehen mit Halten	☐	☐
Stehen frei	☐	☐
Gehen frei	☐	☐

Untersuchungsbefund:

	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	☐	☐
Ernährungszustand	☐	☐
Motorische Entwicklung	☐	☐
Sozialentwicklung	☐	☐
Psychische Entwicklung	☐	☐
Organbefunde	☐	☐
Genitale	☐	☐
Gebiss	☐	☐

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, fachärztlich-orthopädische Kontrolle, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.

Information über Kinderunfälle durchgeführt ☐

Information zu empfohlenen Impfungen laut Impfplan durchgeführt ☐

MMR-Impfung vorhanden ☐

Diagnose:

Kontrollen dringend empfohlen ☐

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

AUGENUNTERSUCHUNG IM 10.–14. LEBENS MONAT

Risikofaktoren:

hereditäre Belastung (Schielen, Glaukom), Infektionen in der Schwangerschaft (Röteln, Toxoplasmose), Frühgeburt, Langzeitbeatmung, Meningoenzephalitis.

	ja	nein
Risikofaktoren in der Anamnese	☐	☐
Missbildungen	☐	☐
Auffälligkeiten an äußeren Augenanteilen (Lider, Epikanthus, Bindehaut, Tränenwege)	☐	☐
Auffälligkeiten an Hornhaut und Linse	☐	☐
Parallelstand der Augen	☐	☐
Freie Bulbusmotilität	☐	☐
Fixation (Untersuchung mittels Stablampe)	☐	☐

Diagnose:

Fachärztliche Kontrolle dringend empfohlen ☐

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Datum:
Stempel, ärztliche Unterschrift

22.–26. LEBENSMONAT

Körpergewicht.....g Körperlänge.....cm Kopfumfang.....cm

	ja	nein
Fluoridprophylaxe	☐	☐
Verhaltensauffälligkeiten	☐	☐
Zieht Ihr Kind sich öfters zurück?	☐	☐
Spielt Ihr Kind Situationen aus dem Alltag nach, so genannte „Als-Ob-Spiele“ (z.B. Puppe füttern oder mit Spielzeugtasse Tee trinken)?	☐	☐
Zwischenzeitliche Erkrankung	☐	☐
Sprachentwicklung altersgemäß	☐	☐

Untersuchungsbefund:

	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	☐	☐
Ernährungszustand	☐	☐
Motorische Entwicklung	☐	☐
Psychische Entwicklung	☐	☐
Sozialentwicklung	☐	☐
Ohren, Trommelfell	☐	☐
sonstige Organbefunde	☐	☐
Gebiss	☐	☐

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, fachärztlich-orthopädische Kontrolle, HNO-Befund, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.

Information über Kinderunfälle durchgeführt ☐

Information zu empfohlenen Impfungen laut Impfplan durchgeführt ☐

MMR-Impfungen (2 Dosen) vorhanden ☐

Diagnose:

Kontrollen dringend empfohlen ☐

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

AUGENUNTERSUCHUNG IM 22.-26. LEBENS MONAT

Anamnese: Risikofaktoren siehe Seite 50

Lichtempfindlichkeit ☐ Vorerkrankungen ☐

	auffällig	unauffällig
Äußere Augenanteile	☐	☐
Bulbusstellung	☐	☐
Bulbusmotilität	☐	☐
Cover-Test (Heterophorie)	☐	☐
Konvergenzprüfung	☐	☐
Brechende Medien (Spaltlampe)	☐	☐
Fundus	☐	☐
Visus	☐	☐

Fixation: peripher ☐ parazentral ☐ zentral ☐

Skioskopie in Mydriase: re Auge li Auge

Emmetropie	☐	☐
Hyperopie	☐	☐
Myopie	☐	☐
Astigmatismus	☐	☐

Anisometropie ☐

Wenn Schielen vorliegt:

Heterophorie ☐ Begleitschielen ☐ Lähmungsschielen ☐
 einseitig ☐ alternierend ☐
 nach innen ☐ nach außen ☐ nach oben ☐
 Amblyopie ☐

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Diagnose:

Fachärztliche Kontrolle dringend empfohlen ☐

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

34.–38. LEBENSMONAT

Körpergewicht.....g Körperlänge.....cm Kopfumfang.....cm

	ja	nein
Fluoridprophylaxe	☐	☐
Verhaltensauffälligkeiten	☐	☐
Zwischenzeitliche Erkrankung	☐	☐
Sprachentwicklung altersgemäß	☐	☐

Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, fachärztlich-orthopädische Kontrolle, augenärztlichen Befund, HNO-Befund, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.

Information über Kinderunfälle durchgeführt ☐

Information zu empfohlenen Impfungen laut Impfplan durchgeführt ☐

Untersuchungsbefund:

	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	☐	☐
Ernährungszustand	☐	☐
Motorische Entwicklung	☐	☐
Psychische Entwicklung	☐	☐
Sozialentwicklung	☐	☐
Sinnesorgane: Augen	☐	☐
Ohren	☐	☐
sonstige Organbefunde	☐	☐
Gebiss	☐	☐

Blutdruck

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Diagnose:

Kontrollen dringend empfohlen ☐

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

46.–50. LEBENSMONAT

Körpergewicht.....g Körperlänge.....cm Kopfumfang.....cm

	ja	nein
Fluoridprophylaxe	☐	☐
Verhaltensauffälligkeiten	☐	☐
Zwischenzeitliche Erkrankung	☐	☐
Sprachentwicklung altersgemäß	☐	☐

Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, fachärztlich-orthopädische Kontrolle, augenärztlichen Befund, HNO-Befund, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.

Information über Kinderunfälle durchgeführt ☐

Information zu empfohlenen Impfungen laut Impfplan durchgeführt ☐

Untersuchungsbefund:

	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	☐	☐
Ernährungszustand	☐	☐
Motorische Entwicklung	☐	☐
Psychische Entwicklung	☐	☐
Sozialentwicklung	☐	☐
Sinnesorgane: Augen	☐	☐
Ohren	☐	☐
sonstige Organbefunde	☐	☐
Gebiss	☐	☐

Blutdruck

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Diagnose:

Kontrollen dringend empfohlen ☐

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

58.–62. LEBENSMONAT

Körpergewicht.....g Körperlänge.....cm Kopfumfang.....cm

Anamnestische Angaben:

	ja	nein
Motorische Fähigkeiten altersgemäß	☐	☐
Kognitive Fähigkeiten altersgemäß	☐	☐
Sprachentwicklung altersgemäß	☐	☐
Verhaltensauffälligkeiten	☐	☐
Zwischenzeitliche Erkrankungen	☐	☐
Fluoridprophylaxe	☐	☐
Zahnpflege	☐	☐

Weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, fachärztlich-orthopädische Kontrolle, augenärztlichen Befund, HNO-Befund, Erkrankungen, Therapie etc. falls erforderlich hier eintragen.

Information über Kinderunfälle durchgeführt ☐

Information zu empfohlenen Impfungen laut Impfplan durchgeführt ☐

Untersuchungsbefund:

	auffällig	unauffällig
Allgemeinzustand	☐	☐
Ernährungszustand	☐	☐
Körperliche Haltung	☐	☐
Kognitive Entwicklung	☐	☐
Motorische Entwicklung	☐	☐
Psychosoziale Entwicklung	☐	☐
Sinnesorgane: Augen	☐	☐
Ohren	☐	☐
Gebiss	☐	☐
sonstige Organbefunde	☐	☐

Diagnose:

Kontrollen dringend empfohlen ☐

Blutdruck

(detaillierte ärztliche Vermerke siehe nächste Seite)

Datum:

Stempel, ärztliche Unterschrift

Die Entwicklung des Kindes in den ersten 2 Lebensjahren

Dieses Blatt soll es Ihnen ermöglichen, die Entwicklung Ihres Kindes zu verfolgen. Die Entwicklung der einzelnen Fähigkeiten erfolgt innerhalb eines bestimmten Zeitraumes und hängt wesentlich von Ihrer Aufmerksamkeit und Zuwendung ab. Entspricht Ihr Kind in einem oder mehreren Bereichen nicht diesem Zeitplan, so ist eine **genaue ärztliche Untersuchung** unbedingt erforderlich.

MONATE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	21	24
KOPFKONTROLLE	Rückenlage	Kopf seitlich		Kopf in Mittellinie		Kopf heben		Fuße zum Mund								
	Bauchlage	von einer Seite z. anderen		Kopf heben												
	Schwebelage															
	zum Sitzen gezogen															
KOPF KONTR.	Sitzen															
	Vierfüßler															
HAND	Stehen															
	Greifen															
FORTBEWEGUNG	Rollen															
	Kriechen															
	Aufsitzen															
	Aufstehen															
	Gehen															
ENTWICKLUNGSSTAND (SPRACHE, HÖREN, SEHEN, SOZIALVERHALTEN)																

BEI AUFFÄLLIGKEITEN:

Fragen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder wenden Sie sich an eine der in der Begleitbroschüre genannten Kontaktadressen.

Weitere Eintragungen:

Zum Nachweis (in Kopie) bei der zuständigen Krankenkasse bei erstmaliger Antragstellung auf Kinderbetreuungsgeld!

MUTTER:

--

Familienname

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sozialversicherungsnummer

Geburtsdatum

KIND:

Familienname

Vorname

Untersuchungen der Mutter

BESTÄTIGUNG DES UNTERSUCHENDEN ARZTES:

Errechneter Geburtstermin:

1. Untersuchung einschl. Blutuntersuchungen am

Stempel, ärztliche Unterschrift

2. Untersuchung einschl. einer (vom Allgemeinmediziner od. Facharzt für Innere Medizin durchzuführenden) internen Untersuchung am

Stempel, ärztliche Unterschrift

3. Untersuchung einschl. einer Blutuntersuchung am

Stempel, ärztliche Unterschrift

4. Untersuchung am

Stempel, ärztliche Unterschrift

5. Untersuchung am

Stempel, ärztliche Unterschrift

Untersuchung des Kindes

BESTÄTIGUNG DES UNTERSUCHENDEN ARZTES:

6. Untersuchung (in der ersten Lebenswoche) am

Stempel, ärztliche Unterschrift

Gebührenfrei!

Vordruck - Blatt 2

Zum Nachweis (in Kopie) bei der zuständigen Krankenkasse bis spätestens zum 15. Lebensmonats des Kindes (zum Erhalt des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe)!

MUTTER:

Familiennamen

Vorname

Sozialversicherungsnummer

Geburtsdatum

KIND:

 Familienname

Vorname

Untersuchungen des Kindes

BESTÄTIGUNG DES UNTERSUCHENDEN ARZTES:

7. Untersuchung einschl. einer orthopäd. Untersuchung am

Stempel, ärztliche Unterschrift

8. Untersuchung am

Stempel, ärztliche Unterschrift

9. Untersuchung einschl. einer HNO-Untersuchung am

Stempel, ärztliche Unterschrift

10. Untersuchung einschl. einer Augenuntersuchung am

Stempel, ärztliche Unterschrift

Empfehlungen zur Zahngesundheitsvorsorge

Pflegen Sie in der Schwangerschaft Ihre Zähne besonders sorgfältig und verwenden Sie auch Zahnseide zur Reinigung der Zahnzwischenräume! Lassen Sie sich von Ihrer Zahnärztin/Ihrem Zahnarzt untersuchen und beraten.

Das Fundament für gesunde Zähne wird in der frühesten Kindheit gelegt. Gewöhnen Sie Ihr Kind daher erst gar nicht an eine ständig süße Ernährung. Dauernuckeln an der Flasche, Honigschnuller oder süße Getränke fördern die Kariesentstehung. Geben Sie zum Durstlöschen besser Wasser oder ungesüßten Früchte- oder Kräutertee. Süßigkeiten sollten eine seltene Ausnahme bleiben und nicht ständig zur Beruhigung oder Belohnung gegeben werden.

Beginnen Sie mit der Zahnpflege, sobald der erste Milchzahn durchgebrochen ist. Reinigen Sie die Zähne zweimal am Tag zunächst mit einem Wattestäbchen, später mit einer Zahnbürste. Verwenden Sie in den ersten Lebensjahren eine fluoridierte Kinderzahnpaste. Zusätzliche Fluoridgaben nur in Absprache mit der Zahnärztin/dem Zahnarzt! Auch im Kindergarten- und Volksschulalter können Kinder beim Zähneputzen nur bestenfalls 40% der Zahnbeläge selbst entfernen. Helfen Sie Ihrem Kind daher bis ins Schulalter hinein bei der Zahnpflege!

Nehmen Sie Ihr Kind schon möglichst früh zur Zahnärztin/zum Zahnarzt mit, damit es spielerisch an die Zahnbehandlung gewöhnt werden kann.

Zahnschäden sind nicht anlagebedingt, ererbt oder vom Schicksal bestimmt. Helfen Sie mit, Ihrem Kind gesunde Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten!

Empfohlene Impftermine

Impfungen gehören zu den wichtigsten vorbeugenden Maßnahmen in der Medizin.

Es gibt Impfungen gegen viele Krankheiten. Geimpfte Personen erkranken nicht oder haben im Fall einer Erkrankung einen mildereren Verlauf. Es gibt Impfungen für werdende Mütter in der Schwangerschaft und Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder. Einige dieser Impfungen werden nur saisonal empfohlen.

Bitte besprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, welche Impfungen für Sie und Ihr Kind zum jeweiligen Zeitpunkt empfohlen sind und wann der beste Impftermin ist.

Die aktuellen Impfempfehlungen finden Sie auf der Website www.impfen.gv.at.

Empfohlene Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder im Rahmen des kostenfreien
Impfkonzepts im 1. und 2. Lebensjahr mit Stand Oktober 2025

Alter →		1. Lebensjahr					2. Lebensjahr		
Impfung ↓		ab der Geburt	7. Woche	4. Monat	6. Monat	10. Monat	11. Monat	12. Monat	
Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV)		Bei Geburt 1. 10. bis 31. 3.: innerhalb der ersten Lebenswoche; bei Geburt 1. 4. bis 30. 9.: vor der ersten RSV-Saison im Okt./Nov., für bestimmte Risikokinder auch in zweiter RSV-Saison.							
Rotavirus		2 bzw. 3 Dosen, in Abhängigkeit vom verwendeten Impfstoff, Abstand mind. 4 Wochen							
Diphtherie Tetanus Pertussis Polio myelitis Haemophilus infl. B Hepatitis B (HBV)		1. Dosis	2. Dosis 2 Monate nach 1. Dosis				3. Dosis frühestens 6 Monate nach 2. Dosis		
Pneumokokken		1. Dosis	2. Dosis 8 Wochen nach 1. Dosis				3. Dosis mindestens 6 Monate nach 2. Dosis		
Influenza						ab 7. Lebensmonat im Herbst/Winter, bei erstmaliger Impfung 2 Dosen, danach jährlich 1 Impfung im Herbst/Winter			
Masern Mumps Röteln						2 Dosen; Abstand 3 Monate, bei Erstimpfung nach dem 1. Lebensjahr zweite Dosis frühestmöglich mit einem Mindestabstand von 4 Wochen			

Weitere Informationen siehe Website www.impfen.gv.at.

Notrufnummern

Rettung: 144

Polizei: 133

Feuerwehr: 122

Internat. Notruf (Mobilnotruf): 112

Ärztefunkdienst: 141

Telefonseelsorge: 142

Die Gesundheitsnummer: 1450

Frauenhelpline gegen Gewalt: 0800/222 555

Vergiftungsinformationszentrale Wien:

01/406 43 43