

durchgeführt werden, sind diese so anzuberaumen, daß zu diesen Zeiten keine anderen Besucher oder Patienten Zutritt haben.

(3) Wo es sich als notwendig erweist, haben die Beratungsstellen innerhalb ihres Betreuungsbereiches auch in abgelegenen Gemeinden Beratungsstunden durchzuführen. Die Beratungsstunden sind besonders festzusetzen und öffentlich bekanntzumachen.

## § 5

Zur Registrierung der Schwangeren gemäß § 6 Abs. 1 des Gesetzes über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau haben Ärzte und Hebammen, die in Ausübung ihres Berufes eine Schwangerschaft feststellen, diese innerhalb von acht Tagen unter Verwendung des vorgeschriebenen Meldevordruckes gemäß Anlage 1 dem Rat des Kreises, Abteilung Gesundheitswesen, zu melden.

## § 6

Ärzte und Hebammen, die Hausentbindungen durchgeführt haben, melden die Entbindung der betreffenden Mütterberatungsstelle umgehend auf Vordruck gemäß Anlage 2.

## § 7

(1) Die Mütter sind binnen vier bis sechs Wochen nach der Entbindung — möglichst fachärztlich — zu untersuchen. Die Schwangerenberatungsstellen führen Nachuntersuchungen durch bzw. veranlassen und überwachen deren Durchführung. Bei einer Anstaltsentbindung veranlaßt die Entbindungsanstalt diese Nachuntersuchung.

(2) Durchgeführte Nachuntersuchungen werden unter Verwendung des vorgeschriebenen Vordrucks gemäß Anlage 3 an die Schwangerenberatungsstelle gemeldet.

## § 8

Diese Durchführungsbestimmung tritt mit ihrer Verkündung in Kraft.

Berlin, den 3. Juni 1953

Ministerium für Gesundheitswesen  
Steidle  
Minister

**Anlage 1**

zu § 5 vorstehender  
Durchführungsbestimmung

Ministerium für Gesundheitswesen  
Berlin N 4, Scharnhorststraße 35

Genehmigungsvermerk  
Genehmigt von der Staatlichen  
Zentralverwaltung für Statistik  
und registriert am 28.2.53 unter  
Nr. GO — 672/74

Meldung einer festgestellten Schwangerschaft

Name und Vorname: .....

Anschrift: .....  
(Ort, Straße und Hausnummer)

befindet sich im..... Monat der Schwangerschaft.  
Erholungsurlaub ist notwendig: ja — nein<sup>1)</sup>)

Ort: ....., den ..... 195..

.....  
Unterschrift des Arztes  
.....  
oder der Hebamme

<sup>1)</sup> Zutreffendes unterstreichen.

(Umgehend, spätestens innerhalb acht Tagen, an die Abteilung Gesundheitswesen des Rates des Kreises, in dem der Wohnort der Schwangeren liegt, einsenden.)

**Anlage 2**

zu § 6 vorstehender  
Durchführungsbestimmung  
Ministerium für Gesundheitswesen  
Berlin N 4, Scharnhorststraße 35

Genehmigungsvermerk  
Genehmigt von der Staatlichen  
Zentralverwaltung für Statistik  
und registriert am 28.2.53 unter  
Nr. GO — 672/74

Meldung einer Hausentbindung

Am ..... fand die Hausentbindung der  
Frau .....  
(Name und Vorname)

Anschrift: ..... \*  
(Ort, Straße und Hausnummer)

Reifegeburt / Frühgeburt / Totgeburt<sup>1)</sup>)

Komplikationen: .....

Grt..... den ..... 195..

..... \*  
Unterschrift des Arztes  
.....  
oder der Hebamme

<sup>\*)</sup> Zutreffendes unterstreichen.

(Umgehend an die für den Wohnort der Mutter zuständige Mütterberatungsstelle einsenden.)

**Anlage 3**

zu § 7 vorstehender  
Durchführungsbestimmung

Aufforderung zur Nachuntersuchung  
..... den ..... 195. \*

Sehr geehrte Frau .....  
Im Interesse Ihrer Gesundheit bitten wir Sie, in der Zeit zwischen der 4. und 6. Woche nach Ihrer Entbindung zur Nachuntersuchung in der Schwangerenberatungsstelle ..... zu erscheinen.

Sollten Sie es vorziehen, so kann diese Untersuchung auch in einer Poliklinik oder bei einem in Geburtshilfe und Frauenkrankheiten erfahrenen Arzt erfolgen.

In jedem Falle ist diese Doppelkarte zur Untersuchung mitzunehmen.

.....  
Unterschrift der Schwangeren-  
beratungsstelle, der Entbindungsanstalt

(Hier abtrennen und an die zuständige Schwangerenberatungsstelle in verschlossenem Umschlag einsenden)

Ministerium für Gesundheitswesen  
Berlin N 4, Scharnhorststraße 35

Genehmigungsvermerk  
Genehmigt von der Staatlichen  
Zentralverwaltung für Statistik  
und registriert am 28.2.53 unter  
Nr. GCT — 672/74

Meldung der Nachuntersuchung

Name und Vorname: .....

Anschrift: .....  
(Ort, Straße und Hausnummer)

Geburtstag: ..... Beruf: .....

Tage der Entbindung: .....

Komplikationen: .....

Allgemeinbefund: .....

Organbefund: .....

Wird gestillt: ja — nein — teilweise<sup>1)</sup>)

Vorschläge für die Behandlung: .....

.....  
Unterschrift des Arztes  
.....

Ort: ..... den ..... 195..

<sup>1)</sup> Zutreffendes unterstreichen.