

Elternfragebogen zur U2

Liebe Eltern,

um uns besser auf die folgende Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Für gezielte Fragen und Probleme Ihrerseits nutzen Sie bitte die Rückseite.

Kind: _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nein	Gab es Probleme/Erkrankungen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?	Ja
Nein	Ist das zu untersuchende Kind Ihr erstes Kind?	Ja
Ja	Werden Sie durch eine Hebamme betreut? Wie ist der Name Ihrer Hebamme?	Nein
Ja	Werden Sie durch Familie u./o. Freunde unterstützt?	Nein
Nein	Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	Ja
Nein	Schreit Ihr Kind auffällig?	Ja
Ja	Können Sie Ihr Kind beruhigen, wenn es schreit?	Nein
Nein	Ist die Trinkdauer pro Mahlzeit länger als 30 Minuten?	Ja
Nein	Haben sie Trink- oder Schluckschwierigkeiten bemerkt?	Ja
Nein	Haben Sie Atemprobleme oder Krämpfe bemerkt?	Ja
Ja	Ist die Farbe des Stuhles Ihres Kindes unauffällig (siehe Stuhl-Farben-Karte)?	Nein

normal

1 2 3 4 5 6 7

abnormal

Sehr geehrte Eltern,
 Wir gratulieren Ihnen
 Gerade in den ersten
 Wochen ist es wichtig, die
 ersten Stühle Ihres
 Neugeborenen zu beobachten.
 Die Stuhlfarbe sollte
 gelblich-grün sein.

Dear Parent,
 Congratulations!
 In the first weeks,
 it is important to observe
 the first stools of your
 newborn. The stool color
 should be yellowish-green.

bitte wenden

Nein	Trägt mindestens ein Elternteil/Geschwisterkind eine Brille? Wenn Ja: O Mama O Papa O Geschwister	Ja
Ja	Wurde bereits eine Hüft-Ultraschall-Untersuchung durchgeführt?	Nein
Nein	Sind in der Familie chronische Erkrankungen bekannt? (Hüfterkrankungen, erbliche Augenerkrankungen (kindlicher Katarakt, Strabismus, Amblyopie) angeborene Hörstörungen/ Ohrfehlbildungen, Immunabwehrstörungen) Wenn "Ja", notieren Sie bitte, welche Erkrankung(en):	Ja
Ja	Schlafen Sie und Ihr Kind im gleichen Raum?	Nein
Nein	Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind? Wenn "Ja", notieren Sie bitte stichpunktartig die Probleme:	Ja
Nein	Sieht Ihr Kind fern, oder nutzt andere digitale Geräte, wie Tablet oder Handy? Wenn Ja, wie oft und wie lange?	Ja
Welche Muttersprache sprechen Sie?		
Wie wird Ihr Kind ernährt? O Muttermilch O Pre-Milch O beides O andere:		
Wie ernähren Sie sich? O Vollkost O Vegetarisch O vegan O andere:		

Familiäre Situation:

	Fast nie	Häufig	Fast immer	Hier wünsche ich fachkundige Beratung
Fühlen Sie sich mit Ihren Sorgen allein gelassen und sozial isoliert?				
Bräuchten Sie mehr Unterstützung durch Familie/Freundeskreis?				
Finden Sie genug Zeit zum Duschen und Essen?				
Haben Sie das Gefühl,...				
... dass Ihre Nerven blank liegen?				
... dass Sie keinen Zugang zu Ihrem Kind finden?				
... dass Sie als Mutter/Vater versagen?				
... dass Sie mit Ihrem Kind nirgendwohin gehen könnten?				
Plagen Sie Ängste, dass Ihrem Kind etwas zustoßen könnte?				
Belasten die Probleme die Partnerschaft?				

