

Elternfragebogen zur U3

Liebe Eltern,

im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird die körperliche und psychische Entwicklung Ihres Kindes untersucht. Bitte helfen Sie uns bei der Einschätzung Ihres Kindes und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen und notieren Sie ggf. spezielle Fragen und Probleme auf der Rückseite.

Kind: _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nein	Gab es Probleme/Erkrankungen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?	Ja
Ja	Werden Sie durch eine Hebamme betreut? Wie ist der Name Ihrer Hebamme?	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 durch Zuspruch/auf den Arm nehmen beruhigen, wenn es schreit?	Nein
Nein	Lässt sich Ihr Kind keinen Moment ablegen?	Ja
Ja	Hört Ihr Kind? (Erschrickt Ihr Kind bei lauten Geräuschen oder ändert sein Verhalten? Zeigt es Augenbewegungen als Suchen auf Schallquellen/bei vertrauten Stimmen?)	Nein
Nein	Haben Sie Trink- oder Schluckschwierigkeiten bemerkt?	Ja
Nein	Haben Sie Stillschwierigkeiten?	Ja
Nein	Dreht Ihr Kind sein Köpfchen bevorzugt in eine Richtung oder trinkt bevorzugt eine Seite beim Stillen/bei der Fläschchengabe?	Ja
Wie wird Ihr Kind ernährt? ☐ Muttermilch ☐ Pre-Milch ☐ beides ☐ andere:		
Wie ernähren Sie sich? ☐ Vollkost ☐ Vegetarisch ☐ vegan ☐ andere:		
Ja	Ist die Farbe des Stuhles Ihres Kindes unauffällig (siehe Stuhl-Farben-Karte)? Stuhlfarbennummer: 1 2 3 4 5 6 7	Nein



bitte wenden

Nein	Trägt mindestens ein Elternteil/Geschwisterkind eine Brille? Wenn Ja: O Mama O Papa O Geschwister	Ja
Ja	Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol)?	Nein
Ja	Schlafen Sie und Ihr Kind im gleichen Raum?	Nein
Nein	Hatten Familienmitglieder als Baby Spreizbandagen o. ä. wegen Hüftproblemen? Gibt es in der Familie angeborene Erkrankungen wie z. B. erbliche Augenerkrankungen (kindlicher Katarakt, Strabismus, Amblyopie) angeborene Hörstörungen/ Ohrfehlbildungen, Immunabwehrstörungen? Wenn "Ja", notieren Sie bitte, welche Erkrankung und bei wem:	Ja
Nein	Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind? Wenn "Ja", notieren Sie bitte:	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?		
Kann Ihr 4-6 Wochen altes Kind ...		
Ja	... Ihnen in Rückenlage ins Gesicht schauen und Sie beobachten?	Nein
Ja	... zurücklächeln?	Nein
Ja	... einen Gegenstand mit den Augen verfolgen?	Nein
Ja	... den Kopf in Rückenlage bis zur Mittellinie drehen und ca. 10 Sekunden halten?	Nein
Ja	... den Kopf in Rückenlage abwechselnd auf die rechte und linke Seite, ohne Bevorzugung einer Seite drehen? Wenn "Nein", welche Seite wird bevorzugt?	Nein
Ja	... in Bauchlage den Kopf ca. 3 Sekunden heben?	Nein
Ja	... in Sitzhaltung den Kopf für einige Sekunden aufrichten?	Nein
Ja	... beide Arme und Beine in Rückenlage gleich gut bewegen?	Nein

Familiäre Situation:

	Fast nie	Häufig	Fast immer	hier wünsche ich 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 nirgendwo hin gehen könnten?				
Ist das Schreien so unerträglich, dass Sie sich hilflos, ängstlich oder voller Wut fühlen?				
Plagen Sie Ängste, dass Ihrem Kind etwas zustoßen könnte?				
Belasten die Probleme die Partnerschaft?				