

Elternfragebogen zur U4

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 Erkrankungen/OP's seit der letzten Vorstellung? Wenn Ja welche?	Ja
Ja	Versucht Ihr Kind nach einem vorgehaltenen Gegenstand zu greifen/dagegen zu schlagen?	Nein
Ja	Toleriert ihr Kind die Bauchlage und kann sich auf den Unterarmen abstützen?	Nein
Ja	Hört Ihr Kind? (Reagiert es auf Geräusche? Lässt es sich durch Ansprache oder Musik beruhigen? Versucht die Quelle eines bekannten Geräusches durch Kopfdrehen zu sehen? Reagiert es, wenn jemand ins Zimmer tritt, den es nicht sieht?)	Nein
Ja	Reagiert ihr Kind auf Ansprache oder nonverbale Kommunikation durch Bezugspersonen mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt?	Nein
Nein	Schreit Ihr Kind abnormal (schrill oder kraftlos) und quengelt ohne erkennbaren Grund?	Ja
Ja	Gibt Ihr Kind außer Schreien irgendwelche Laute von sich (lallen)?	Nein
Ja	Lässt es sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer Bezugsperson beruhigen?	Nein
Nein	Braucht Ihr Kind lange (länger als 30 Min.) zum Einschlafen?	Ja
Nein	Schläft Ihr Kind häufig tagsüber nur kurz und unregelmäßig?	Ja
Nein	Fordert Ihr Kind ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?	Ja
Nein	Schreit Ihr Kind ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage?	Ja
Nein	Ist das Schreien so unerträglich, dass Sie Hilflosigkeit, Angst oder Wut spüren?	Ja
Nein	Kuschelt Ihr Kind nicht, mag keine körperliche Nähe?	Ja
Nein	Ist Ihr Kind häufig auffallend ernst, lächelt nur die anderen an?	Ja
Nein	Vermeidet Ihr Kind Blickkontakt?	Ja
Nein	Ist Ihr Kind häufig extrem irritierbar, reagiert sehr empfindlich auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung?	Ja
Nein	Ist Ihr Kind extrem ablenkbar, z. B. beim Füttern?	Ja
Wie wird Ihr Kind ernährt? ☐ Muttermilch ☐ Pre-Milch ☐ beides ☐ andere:		
Wie ernähren Sie sich? ☐ Vollkost ☐ Vegetarisch ☐ vegan ☐ andere:		
Nein	Sind die Mahlzeiten mühsam und langwierig? (länger als 45 Min.)	Ja
Nein	Verweigert Ihr Kind häufig die Brust/die Flasche?	Ja
Nein	Ist Ihr Kind trinkfaul, trinkt häufig nur mit Druck oder Zwang?	Ja
Nein	Trägt mindestens ein Elternteil/Geschwisterkind eine Brille? Wenn Ja: ☐ Mama ☐ Papa ☐ Geschwister	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 3-4 Monate altes Kind ...		
Ja	... beide Arme und Beine kräftig wechselnd beugen und strecken?	Nein
Ja	... den Kopf in Bauchlage mind. 1 Minute (40° - 90°) heben?	Nein
Ja	... in Sitzhaltung den Kopf aufrichten und mind. 30 Sekunden halten?	Nein
Ja	... in Rückenlage die Hände zusammenführen und mit seinen Händen spielen?	Nein
Ja	... in Rückenlage den Kopf von einer Seite bis zur ganz anderen Seite drehen, ohne eine Seite zu bevorzugen? Wenn "Nein", welche Seite wird bevorzugt?	Nein
Ja	... einen bewegten Gegenstand (z. B. Spielzeug) mit den Augen verfolgen, auch bei einer kreisförmigen Bewegung?	Nein
Ja	... ein bewegtes Gesicht fixieren und ihm folgen?	Nein
Ja	... auf Geräusche mit Kopfwendung in die entsprechende Richtung reagieren?	Nein
Ja	... bewusst lächeln?	Nein
Ja	Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol)?	Nein
Ja	Schlafen Sie und Ihr Kind im gleichen Raum?	Nein
	Durch wen wird Ihr Kind betreut? O Mama und Papa O Oma und Opa O andere:	
Ja	Wird Ihr Kind auch von anderen Bezugspersonen betreut?	Nein
Nein	Hatte ihr Kind schon einmal einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen; eine Operation oder Vorerkrankungen, hat es abnorme Stühle oder Verstopfungen; Schwierigkeiten beim Schlucken/Trinken/Füttern oder sind Sie sonst in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Wenn "Ja", inwiefern?	Ja

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 zu finden?				
... dass Sie als Mutter versagen?				
... Sie könnten mit Ihrem Kind nirgendwo hin gehen?				
Plagen Sie Ängste, dass Ihrem Kind etwas zustoßen könnte?				
Belasten die Probleme die Partnerschaft?				