



Testfragen für ihr Kind zur U3

| | | | |
|-------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Name/Vorname des Kindes | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Ausgefüllt am | | | |
| Ausgefüllt von | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> _____ |

Liebe Eltern,
um uns besser auf die folgende Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

| | | JA | NEIN |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Ist das zu untersuchende Kind Ihr erstes Kind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Gab es Probleme / Erkrankungen in der Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Sind in der Familie beider Eltern Krankheiten wie Allergien, Anfallsleiden, Stoffwechselstörungen, Hüftprobleme bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Gab es Komplikationen bei der Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Wird Ihr Kind gestillt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Wurde das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Wurde das Neugeborenen-Stoffwechselscreening (Guthrie) durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Wird eine Vitamin-D-Prophylaxe („Zahntablette“) durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Mein Baby ... | | |
| 9. | ... schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | ... lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | ... ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | ... lässt sich keinen Moment ablegen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | ... verweigert die Brust / die Flasche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | ... ist extrem irritierbar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | ... ist extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Familiäre Situation | | |
| 16. | Mir bleibt im Moment keine Zeit zum Duschen und Essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Die Nerven liegen blank. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Ich habe Angst, als Mutter versagt zu haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Die Probleme belasten meine Partnerschaft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zutreffendes bitte ankreuzen