



## Testfragen für ihr Kind zur U4

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.	Können Sie Ihr Kind stillen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Bekommt Ihr Kind mehr als 6 oder weniger als 4 Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Treten Trink- oder Schluckprobleme auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Treten Verdauungsprobleme auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Haben Sie bei Ihrem Kind Atemprobleme oder Krämpfe beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Lächelt Sie Ihr Kind an, wenn Sie sich ihm zuwenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn Ja, welche:		
	Mein Baby ...		
9.	... schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	... ist extrem willensstark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	... lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	... wehrt sich gegen Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30min) zum Einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	... schläft tagsüber nur kurz und unregelmäßig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	... fordert ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	... schreit ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	... kuschelt nicht, mag keine körperliche Nähe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	... erträgt keine körperliche Einschränkung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	... vermeidet Blickkontakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	... verweigert die Brust / die Flasche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	... ist trinkfaul, trinkt nur mit Druck oder Zwang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	.. ist extrem irritierbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	... ist extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name/Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	

	Familiäre Situation	JA	NEIN
26.	Mir bleibt im Moment keine Zeit zum Duschen und Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Die Nerven liegen blank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Ich habe Angst, als Mutter versagt zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Die Probleme belasten meine Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen