



Testfragen für ihr Kind zur U5

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.	Bekommt Ihr Kind 5 Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Füttern Sie bereits Breie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Treten dabei Schluck- oder Verträglichkeitsprobleme auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie bei Ihrem Kind Atemprobleme oder Krämpfe beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Kann Ihr Kind nachts mindestens 5 Stunden durchschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Interessiert sich Ihr Kind für Spielzeug?	<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.	... ist ständig unruhig und unzufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	... schreit heftig, sobald ihm etwas nicht passt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	... setzt mich mit Schreien unter Druck.	<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.	...will ständig herumgetragen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	... kann sich nicht alleine beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name/Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	

17.	... erträgt keine körperliche Einschränkung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	... vermeidet Blickkontakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	... isst / trinkt nur mit Druck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	... isst nur mit Ablenkung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	... wehrt Füttern mit dem Löffel ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	... manipuliert mich total mit seinem Schreien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Familiäre Situation	JA	NEIN
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.	Mein Baby ist mir im Wesen fremd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Ich habe Angst, als Mutter zu versagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Ich plage mich mit der Angst, mein Kind sei hyperaktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Die Probleme belasten meine Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen