

## 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"/>
	<b>Mein Baby ...</b>		
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"/>
	<b>Familiäre Situation</b>		
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