

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

