



Klinischer Fragebogen zur U3

Wir möchten Sie bitten die folgenden Fragen zur Vorsorgeuntersuchung auszufüllen. Fragen, die Sie bereits in früheren Fragebögen ausgefüllt haben und die sich nicht geändert haben, können Sie frei lassen. Vielen Dank, dass Sie sich Zeit dafür nehmen.

Name des Kindes

1. Soziale Situation

Beruf der Mutter: _____

- Eltern: Partnerschaft / Ehe
 getrennt seit: _____
 Patchwork
 Alleinerziehend Mutter / Vater
 Sorgerecht/Umgang: _____

Beruf des Vaters: _____

2. Aktuelle Ernährung

Bitte kreuzen Sie zutreffende Items an, ggf setzen Sie die Menge / Häufigkeit in Klammern dazu.

Muttermilch () Flaschenmilch (pre / 1er / 2er / 3er / HA) ()

sonstig: _____

3. Motorische und sprachliche Entwicklung

Welche der folgenden Fähigkeiten hat ihr Kind bereits:

- dreht sich ist gerne in Bauchlage Kopf frei beweglich überstreckt sich häufig
 Lautiert reagiert auf leise Geräusche fixiert und verfolgt mit den Augen bevorzugte Lage

4. Medizinische Angaben

Vitamin D täglich teilweise vergessen gar nicht

andere Nahrungsergänzungsmittel: _____

Medikamente: _____

frühere schwerer Erkrankungen: _____

5. Familienanamnese

	Mutter	Vater	Großeltern	Geschwister
<input type="checkbox"/> Allergie / Asthma / Neurodermitis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vererbare Erkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Augenerkrankung angeboren / als Säugling / Kleinkind _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> chronische Erkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Todesfälle im Kindesalter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hüftreifestörung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Schwangerschaft und Geburt

Anzahl Schwangerschaften: _____ Komplikation in Schwangerschaft: _____

Anzahl Geburten: _____ Komplikation bei Geburt: _____

Name der Hebamme: _____

7. Zusätzliche medizinische Maßnahmen

Wir empfehlen die Impfung gegen Meningokokken B, die eine Hirnhautentzündung oder Sepsis verursachen können. Die Kosten werden bereits von einigen Kassen getragen.

Elternfragebogen U3 (nach Papoušek)

Verhaltensregulation

Mein Baby....

	nie	gelegentlich	oft	dies macht mir Sorgen	ich wünsche dafür fachkundige Beratung
schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund.					
lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif, schmiegt sich nicht an.					
ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf.					
lässt sich keinen Moment ablegen.					
verweigert die Brust / die Flasche.					
ist extrem irritierbar.					
ist extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern.					
<u>Familiäre Situation</u>					
Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen.					
In meiner Familie gibt es niemand, der mich wenigstens stundenweise entlastet.					
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen.					
Die Nerven liegen blank.					
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby					
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen.					
Die Probleme belasten die Partnerschaft.					
Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könne etwas zustoßen.					
Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut.					

Feststellung der Hörfähigkeit

Früherkennungsuntersuchung U3

4.-6. Lebenswoche

Liebe Eltern,

alle Sinne beieinander zu haben ist lebenswichtig. Der Hörsinn ist einer der wichtigsten Sinne, hilft er uns doch z.B. Gefahren rechtzeitig zu erkennen. Ganz besonders wichtig ist ein funktionierendes Gehör für den Spracherwerb. Ohne ein intaktes Hörvermögen ist kein Spracherwerb und damit auch keine Kommunikation möglich. Durch gutes Beobachten und Zuhören können Sie eventuell vorliegende Hörstörungen Ihres Kindes bereits selbst bemerken. Wir möchten Sie daher bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und dieses Heft zur nächsten Früherkennungsuntersuchung mitzubringen. Denken Sie aber bitte daran, dass eine einmalige auffällige Reaktion noch nicht bedeuten muss, dass ein Hörschaden vorliegt.

Bei Kindern im ersten Jahr gibt es gelegentlich angeborene Hörstörungen, die sich - zu spät erkannt - nachteilig auf die Entwicklung des Sprechens auswirken.

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben laute Geräusche Ihr Kind schon mal erschreckt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat sich Ihr Kind im Schlaf bewegt oder hat es grimassiert, wenn es in seiner Nähe laute Geräusche gab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurde ein automatischer Hörtest bei Ihrem Kind durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beobachten Sie nun Ihr Kind weiter, damit Sie bei der Vorstellung Ihres Kindes zur U4 die nächsten Fragen beantworten können.