

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zur U3

Sehr geehrte, liebe Eltern, mit dem Ausfüllen des Fragebogens helfen Sie uns, mögliche Probleme und Beratungsschwerpunkte schnell zu erkennen. Danke für Ihre Unterstützung!

- War der Schwangerschaftsverlauf unauffällig? ☐ ja ☐ nein
- Wenn nein, welche Probleme gab es?
  
- Mussten Sie in der Schwangerschaft Medikamente einnehmen? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, welche?
  
- Verliefe die Geburt komplikationsfrei? ☐ ja ☐ nein
- Wenn nein, welche Komplikationen gab es?
  
- Gab es in den ersten Wochen gesundheitl. Probleme beim Kind? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, welche (Gelbsucht, Trinkschwäche, Infektionen, Blutzuckerprobleme, sonstiges)?
  
- Gibt es Vorbelastungen mit Krankheiten in der Familie? ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja, welche (z.B. erbl. Erkrankungen, Seh- oder Hörfehler, Hüftdysplasie, Spreizhose)?
  
- Werden Sie von einer Hebamme betreut? ☐ ja ☐ nein
- Wird Ihr Kind gestillt? ☐ ja ☐ nein
- Wenn nein, welche Flaschennahrung füttern Sie?
  
- Trinkt ihr Kind gut? ☐ ja ☐ nein
- Sind die Windeln immer gut nass? ☐ ja ☐ nein
- Hat Ihr Kind Probleme mit dem Stuhlgang? ☐ ja ☐ nein
  
- Lässt sich Ihr Kind beruhigen, wenn es schreit? ☐ ja ☐ nein
  
- Reagiert Ihr Kind auf laute Geräusche? ☐ ja ☐ nein
  
- Erhält Ihr Kind Vitamin D? ☐ ja ☐ nein
- Welches Präparat? \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

- Schaut Ihr Kind aufmerksam in Gesichter naher Bindungspersonen? ☐ ja ☐ nein
- Hat Ihr Kind bereits Geschwister? ☐ ja ☐ nein
- wenn ja, wie alt sind sie:
  
- Gibt es Probleme mit Eifersucht unter den Geschwistern? ☐ ja ☐ nein
  
- Werden Sie von Familie/Freunden unterstützt? ☐ ja ☐ nein
- Fühlten Sie sich seit der Geburt glücklich und zufrieden? ☐ ja ☐ nein
- Wenn nein, was bereitet Ihnen Sorgen?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Gibt es weitere Themen / Fragen, die Sie bei der U3 ansprechen wollen?