

U3 Elternfragebogen

Name: _____

Datum: _____



	Ja	Nein
Ist das zu untersuchende Kind Ihr erstes?		
Haben beide Eltern das Sorgerecht?		
Gab es Probleme/Erkrankungen in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?		
Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente eingenommen bzw. benötigen Sie eine Dauermedikation? Wenn ja, welche?		
Gab es Schwierigkeiten bei der Entbindung? Wenn ja, welche?		
Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Vorerkrankungen? Wenn ja, wer/welche?: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister Ihres Kindes		
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einem angeborenen Hüftschaden/Hüftdysplasie/Spreizhose? Wenn ja, wer?: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister Ihres Kindes		
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer angeborenen Augenerkrankung (z.B. Katarakt (grauer Star), Glaukom (grüner Star), Netzhauttumor)?		
Raucht jemand in Ihrer Familie?		
Wird Ihr Kind gestillt? Wenn nein, welche Nahrung füttern Sie?		
Geben Sie täglich Vitamin D?		
Schreit und quengelt Ihr Baby sehr oft?		
Lässt sich Ihr Kind beruhigen, wenn es schreit?		
Ist Ihr Baby häufig übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf?		
Werden Sie von einer Hebamme betreut?		
Werden Sie von Familie/Freunden unterstützt?		
Fühlen Sie sich seit der Geburt häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?		
Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?		

Wie ist die Stuhlfarbe Ihres Kindes? Bitte tragen Sie die Nummer hier ein: _____

(Die Stuhlfarbkarte finden Sie auf Seite 14 des Kinderuntersuchungsheftes oder erhalten Sie bei der Vorsorge in unserer Praxis)