

Eltern- Fragebogen zur U2/U3

Liebe Eltern!

Um uns besser auf die folgende Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Für gezielte Fragen und Probleme Ihrerseits nutzen sie bitte die letzten Zeilen.

	Ja	Nein
1. Ist das zu untersuchende Kind Ihr erstes Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Werden Sie durch eine Hebamme betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Werden Sie durch Familie u./o. Freunde unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben beide Eltern das Sorgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gab es Probleme/Erkrankungen in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind in der Familie beider Eltern Krankheiten wie Allergien, Anfallsleiden, Stoffwechselstörungen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gab es Komplikationen bei der Geburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wird Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ist die Trinkdauer pro Mahlzeit > 30 Minuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben sie Trink-oder Schluckschwierigkeiten bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie Atemprobleme oder Krämpfe bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Können Sie Ihr Kind beruhigen wenn es schreit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wurde das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wurde das Neugeborenen-Stoffwechselscreening durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wurde bereits eine Hüft-Ultraschall-Untersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wird eine Vitamin-D-Prophylaxe durchgeführt? („Zahntablette“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie die letzte Frage mit „ Ja“ beantwortet haben notieren Sie stichpunktartig die Probleme!

.....

.....