

## Elternfragebogen zur U2

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 Rückseite.

Kind: \_\_\_\_\_  
Name
Vorname
Geburtsdatum

Nein	Gab es Probleme/Erkrankungen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?	Ja
Nein	Ist das zu untersuchende Kind Ihr erstes Kind?	Ja
Ja	Werden Sie durch eine Hebamme betreut?	Nein
Ja	Werden Sie durch Familie u./o. Freunde unterstützt?	Nein
Nein	Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	Ja
Nein	Schreit Ihr Kind auffällig?	Ja
Ja	Können Sie Ihr Kind beruhigen, wenn es schreit?	Nein
Nein	Ist die Trinkdauer pro Mahlzeit länger als 30 Minuten?	Ja
Nein	Haben sie Trink- oder Schluckschwierigkeiten bemerkt?	Ja
Nein	Haben Sie Atemprobleme oder Krämpfe bemerkt?	Ja
Ja	Wurde das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt?	Nein
Ja	Wurde das Neugeborenen-Stoffwechselscreening durchgeführt?	Nein
Ja	Wurde das Pulsoxymetrie-Screening durchgeführt?	Nein
Ja	Wurde bereits eine Hüft-Ultraschall-Untersuchung durchgeführt?	Nein
Nein	Sind in der Familie chronische Erkrankungen bekannt? <small>(Hüfterkrankungen, erbliche Augenerkrankungen (kindlicher Katarakt, Strabismus, Amblyopie) angeborene Hörstörungen/ Ohrfehlbildungen, Immunabwehrstörungen)</small> Wenn "Ja", notieren Sie bitte, welche Erkrankung(en):	Ja
Ja	Schlafen Sie und Ihr Kind im gleichen Raum?	Nein
Ja	Ist die Farbe des Stuhles Ihres Kindes unauffällig (siehe Stuhl-Farben-Karte)? Stuhlfarbnr.: 1 2 3 4 5 6 7	Nein
Nein	Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind? Wenn "Ja", notieren Sie bitte stichpunktartig die Probleme:	Ja
Welche Muttersprache sprechen Sie?		
Wie wird Ihr Kind ernährt? <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> Pre-Milch <input type="checkbox"/> beides <input type="checkbox"/> andere:		
Wie ernähren Sie sich? <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> andere:		