

Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U4

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Kann Ihr 3 bis 4 Monate altes Kind ...			
JA	<input type="checkbox"/>	... Arme und Beine kräftig wechselnd und beiderseits Beugen und Strecken?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Toleriert ihr Kind die Bauchlage und kann sich auf den Unterarmen abstützen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... den Kopf in Bauchlage um 90° heben, mind. 1 Minute?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... in Sitzhaltung den Kopf aufrichten und halten, mind. 30 Sekunden?	Nein
JA	<input type="checkbox"/>	Hält Ihr Kind die Hände überwiegend geöffnet?	Nein
JA	<input type="checkbox"/>	... ein bewegtes Gesicht fixieren und folgt ihm?	Nein
JA	<input type="checkbox"/>	... in Rückenlagen die Hände zusammenführen und mit seinen Händen spielen?	Nein
JA	<input type="checkbox"/>	Versucht Ihr Kind nach einem vorgehaltenen Gegenstand zu greifen?	Nein
JA	<input type="checkbox"/>	...einen bewegten Gegenstand (z.B. Ball) mit den Augen verfolgen, auch bei einer kreisförmigen Bewegung?	Nein
JA		Reagiert ihr Kind auf Ansprache oder nonverbale Kommunikation durch Bezugspersonen mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt?	Nein
JA	<input type="checkbox"/>	Gibt Ihr Kind außer Schreien, irgendwelche Laute von sich? Versucht es mitzusprechen (lallen), wenn es Ihre Stimme hört? Wenn "Ja": „Wie hören sie sich an?“:	Nein
JA		... bewusst lächeln?	Nein
JA	<input type="checkbox"/>	... in Rückenlage den Kopf von einer Seite bis zur ganz anderen Seite drehen, dabei keine Seite bevorzugt? Wenn "Nein", welche Seite wird bevorzugt:	Nein
JA		Lässt es sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer Bezugsperson beruhigen?	Nein
Nein		Schreit Ihr Kind abnormal (schrill oder kraftlos) und Quengelt immer noch ohne erkennbaren Grund?	JA <input type="checkbox"/>
Nein		Ist es häufig extrem willensstark?	JA <input type="checkbox"/>
Nein		Lässt es sich häufig auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif?	JA <input type="checkbox"/>
Nein		Wehrt es sich häufig gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30 Min.) zum Einschlafen?	JA <input type="checkbox"/>
Nein		Schläft es häufig tagsüber nur kurz und unregelmäßig?	JA <input type="checkbox"/>

Nein	Fordert es ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Schreit es ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut.	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Kuschelt es nicht, mag keine körperliche Nähe?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Erträgt es häufig keine körperliche Einschränkung?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Ist es häufig auffallend ernst, lächelt nur die anderen an?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Vermeidet es Blickkontakt?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45. Min)	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Verweigert es häufig die Brust/die Flasche?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Ist es trinkfaul, trinkt häufig nur mit Druck oder Zwang?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Ist es oft extrem irritierbar, reagiert sehr empfindlich auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	Ist es extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern?	JA	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/> Hört Ihr Kind? (Reagiert es auf Geräusche? Schaut es in Richtung der Geräuschquelle, wenn das Geräusch von der Seite kommt? Reagiert es, wenn jemand ins Zimmer oder ans Bettchen tritt den es nicht sieht? Lässt es sich durch Ansprache oder Musik beruhigen? Versucht die Quelle eines bekannten Geräusches durch Kopfdrehen zu sehen?)	Nein	
Nein	Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen; eine Operation oder Vorerkrankungen, hat es abnorme Stühle oder Verstopfungen; Schwierigkeiten beim Schlucken/Trinken/Füttern, schreit Ihr Kind schrill oder kraftlos beziehungsweise sind Sie sonst in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Wenn "Ja":	JA	<input type="checkbox"/>
JA	Ist die Farbe des Stuhle Ihres Kindes unauffällig (siehe Stuhl-Farben-Karte)? Stuhlfarbnnummer:	Nein	
JA	Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol)?	Nein	
Wie wird Ihr Kind zurzeit ernährt?			

familiäre Situation

	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fachkundige Beratung
Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen					
In meiner Familie gibt es niemanden, 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 könnte etwas zustoßen					
Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin					