

## *Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U5*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

|      |   |                             |
|------|---|-----------------------------|
|      | Kann Ihr 6 bis 7 Monate altes Kind ...  |                             |
| JA   | ... den Kopf beim Tragen stabil halten?   | Nein                        |
| JA   | ... sich über beide Seiten vom Rücken auf den Bauch rollen?   | Nein                        |
| JA   | ... sich über beide Seiten vom Bauch auf den Rücken rollen?   | Nein                        |
| JA   | ... Kopf und Brust heben mit Abstützung auf beide gestreckte Arme?  | Nein                        |
| JA   | ... die Fäuste meist offen halten?  | Nein                        |
| JA   | ... Spielzeug betrachten?   | Nein                        |
| JA   | ... gezielt nach dem Spielzeug greifen?   | Nein                        |
| JA   | ... gezielt mit ganzer Hand und gestreckten Daumen greifen?   | Nein                        |
| JA   | ... mit Spielzeug hantieren, wechselt Spielzeug von einer Hand in die   | Nein                        |
| JA   | ... Spielzeug in den Mund nehmen?   | Nein                        |
| JA   | Guckt Ihr Kind herunterfallenden Spielzeug hinterher und nimmt mit Ihnen Blickkontakt auf?                        | Nein                        |
| JA   | ... mit seinen Zehen spielen?   | Nein                        |
| JA   | ... lässt es sich beruhigen, wenn es weint?   | Nein                        |
| JA   | ... lächeln, wenn es freundlich angesprochen wird?  | Nein                        |
| JA   | ... quietschen, gurren, plaudern, stimmhaft lachen?   | Nein                        |
| JA   | Beginnt Ihr Kind bewusste zu Lallen, bildet rhythmische Silbenketten (zum Beispiel: ge – ge –, mem – men)?        | Nein                        |
| JA   | Freut es sich beim Erscheinen eines anderen Kindes?   | Nein                        |
| Nein | Ist es ständig unruhig und unzufrieden?   | JA <input type="checkbox"/> |
| Nein | Schreit es heftig, sobald ihm etwas nicht passt?  | JA <input type="checkbox"/> |
| Nein | Es setzt mich häufig mit seinem Schreien unter Druck.   | 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 | Will es häufig ständig herumgetragen werden?  | 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                               | Trinkt es häufig nur mit Druck ?  | JA   | <input type="checkbox"/> |
| Nein                               | Isst es nur mit Ablenkung?  | JA   | <input type="checkbox"/> |
| Nein                               | Wehrt es Füttern mit dem Löffel ab?   | JA   | <input type="checkbox"/> |
| Nein                               | Reagiert es häufig extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug?  | JA   | <input type="checkbox"/> |
| Nein                               | Es schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer geht.   | JA   | <input type="checkbox"/> |
| Nein                               | Es manipuliert mich total mit seinem Schreien.  | JA   | <input type="checkbox"/> |
| JA                                 | Hört Ihr Kind?<br><br>Beobachtet es interessiert Gespräche in seiner Umgebung und reagiert auf Zuruf? Sucht und findet es eine Geräuschquelle (zum Beispiel: hinterm Kopf oder von der Seite)? Zeigt es deutliches Lauschverhalten und hat Freunde an Musik? Reagiert auf Papierrascheln?   | Nein |                          |
| JA                                 | Benimmt Ihr Kind sich bei Bekannten und Unbekannten Personen verschieden?   | Nein |                          |
| JA                                 | Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol)?   | Nein |                          |
| Nein                               | Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen; eine Operation oder schwerwiegende Erkrankungen, hat es abnorme Stühle oder Verstopfungen; Schwierigkeiten beim Schlucken/Trinken/Füttern, schreit Ihr Kind auffällig, häufig Infektionen?<br><br>Wenn "Ja" | JA   |                          |
| Wie wird Ihr Kind zurzeit ernährt? |   |      |                          |

### familiäre Situation

|   | Fast nie | Häufig | Fast immer | Dies macht mir Sorgen | Dafür wünsche ich fachkundige |
|---|----------|--------|------------|-----------------------|-------------------------------|
| Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen                               |          |        |            |                       |                               |
| In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet |          |        |            |                       |                               |
| Die Nerven liegen blank   |          |        |            |                       |                               |
| Ich habe Angst, als Mutter zu versagen  |          |        |            |                       |                               |
| Mein Baby ist mir im Wesen fremd  |          |        |            |                       |                               |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen |  |  |  |  |  |
| Die Probleme belasten die Partnerschaft                       |  |  |  |  |  |
| Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin                     |  |  |  |  |  |