



Fragebogen zur U3

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

ausgefüllt am:

von:

Gibt es in Ihrer Familie...	nein	ja
angeborene oder vererbte Augenerkrankungen?		
angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?		
Immundefekte (Abwehrschwäche)?		
Nierenerkrankungen?		
Hüftdysplasie oder Kinder, die eine Spreizhose getragen haben?		
Allergien?		
Gab es Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder Krankheiten in der Schwangerschaft?		
Schwangerschaftsdiabetes oder Diabetes mellitus der Mutter?		
Regelmäßige Medikamenteneinnahme / Grunderkrankung der Mutter?		
Akute oder chronische Infektionen während der Schwangerschaft?		
Rauchen während der Schwangerschaft? Zigaretten/Tag:		
Regelmäßiger Konsum von Alkohole oder anderen Substanzen?		
Besondere psychische oder soziale Belastungen während der Schwangerschaft?		
Gab es Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?		
Geburt per Kaiserschnitt?		
Geburt per Zange oder Saugglocke?		
Geburt aus Beckenendlage?		
Andere Probleme?		
Gab oder gibt es bei Ihrem Baby bisher....		
schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle?		
Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?		
auffälliges Schreien?		
Ihr Baby...	nein	ja
ist oft ausgeglichen?		
lässt sich gut beruhigen?		
reagiert auf Licht und Geräusche?		
öffnet seine Hände immer mal ganz?		
schaut aufmerksam auf nahe Gesichter von Personen?		
Wie ernähren Sie Ihr Baby?		
Es wird voll gestillt. Etwa x/Tag		
Es erhält zusätzlich () oder ausschließlich () Formulanahrung (Flasche). Etwa x/Tag ml.		
Erhält es täglich Vitamin D und Fluor?		
Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Babys?		
Sie fühlen sich gut und Sie haben Unterstützung zu Hause?		

Bitte beurteilen Sie die Stuhlfarbe Ihres Kindes:

