



## Elternfragebogen U3

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Entwicklung ihres Kindes zufrieden?  Ja  Nein

Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?  Ja  Nein

Gibt es Schwierigkeiten/Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht?  Ja  Nein

Falls Ja, welche?

---

---

Wie wird Ihr Kind derzeit ernährt?

Muttermilch  Flaschenmilch  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Farbe hat der Stuhlgang?

gelb  orange  grün  hellgelb  weißlich/grau

Erhält ihr Kind Vitamin D?  Nein  Ja, folgendes Präparat: \_\_\_\_\_

### Angaben der Eltern:

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Leibliche Eltern  Adoptiveltern  Pflegeeltern  Alleinerziehend

### Angaben zu Geschwistern (Name & Geburtsdatum):

---

---

---

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen in der Familie (Eltern, Großeltern o. Geschwister):**

Herz:

Lunge:

Niere

Hüfte

Stoffwechselstörung:

Bluterkrankungen/Gerinnungsstörung:

Thrombose/Schlaganfall:

Epilepsie/Fieberkrampf:

Allergien:

Autoimmunerkrankungen:

Schwere Hörstörungen / Taubheit:

Schwere Sehstörungen / Blindheit:

Hörfähigkeiten	Ja	Nein
War die Mutter während der Schwangerschaft krank?		
War Ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik?		
Hat es Medikamente genommen?		
Verändert Ihr Kind sein Saugverhalten, wenn es etwas hört?		
Beruhigt sich oder freut sich Ihr Kind, wenn es angesprochen wird?		
Haben laute Geräusche Ihr Kind schon einmal erschreckt?		
Hat sich Ihr Kind im Schlaf bewegt oder hat es grimassiert, wenn es in seiner Nähe laute Geräusche gab?		
Haben Sie schon mal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut?		

Bemerkungen:

---

---

---

---

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mein Kind ... (Fragebogen modifiziert nach Papoušek)	nie	selten	oft	dies macht mir Sorgen
schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund.				
lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif, schmiegt sich nicht an.				
ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf.				
lässt sich keinen Moment ablegen.				
verweigert die Brust / die Flasche.				
ist extrem irritierbar.				
ist extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern.				
<b><u>Familiäre Situation</u></b>				
Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen.				
In meiner Familie gibt es niemand, 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 könne etwas zustoßen.				
Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut.				
Hatten Sie im letzten Monat deutlicher weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?				
Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt, hoffnungslos?				
<b><u>Fähigkeiten</u></b>				
Kopf wird in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sekunden gehalten				
Kopf wird in Rumpfebene und in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung gehalten				
Hände werden spontan geöffnet, insgesamt sind die Hände eher geschlossen				
Folgt mit den Augen einem Gegenstand nach beiden Seiten bis mindestens 45°				
Aufmerksames Schauen auf nahe Gesichter nächster Bindungspersonen				