

Elternfragebogen zur U2

Name des Kindes: _____ ausgefüllt von: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____ Vorbereitung durch: _____

Entbindungsklinik:
Hebamme:
RSV Prophylaxe:
Vit.K Prophylaxe:
Stoffwechselscreening Datum:
Hörscreening Datum:

Hüftultraschall zur U2 am: _____ re.: alpha: _____ beta: _____ li.: alpha: _____ beta: _____

	ja	nein	sonstiges
Wird Ihr Kind gestillt?	☐	☐	
Falls "nein", welche Nahrung bekommt es? Wieviel?	☐	☐	
Gibt es Stillprobleme? Welche?	☐	☐	
Andere Schwierigkeiten bei der Ernährung?	☐	☐	
Bekommt Ihr Kind Vitamin D? Welche Form? (Tabl./Tropf.)	☐	☐	
Schläft Ihr Kind im eigenen Bettchen? Wenn "nein"-wo?	☐	☐	
Schläft es nachts schon durch?	☐	☐	
Gibt es ungewöhnliche, auffällige Schreiphasen?	☐	☐	
Lässt sich Ihr Kind beruhigen?	☐	☐	
Hat Ihr Kind Bauchschmerzen oder Blähungen?	☐	☐	
Was hilft Ihrem Kind dagegen?	☐	☐	
Setzt Ihr Kind regelmäßigen Stuhlgang ab? Wie oft?	☐	☐	
Sehen Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?	☐	☐	
Gibt es Hautprobleme bei Ihrem Kind?	☐	☐	
Gibt es angeborene Vorerkrankungen?	☐	☐	
Wurde Ihr Kind stationär behandelt? Warum?	☐	☐	
Gibt es Dauermedikationen? Welche?	☐	☐	
Vorerkrankungen der Eltern? Geschwister?	☐	☐	
Bekannte Sehschwächen bei Familienmitgliedern?	☐	☐	
Allergien in der Familie? Wer?Welche?	☐	☐	
Gibt/gab es Hüftdysplasien in der Familie?Behandlung?	☐	☐	
Macht Ihnen etwas Sorgen? Was?	☐	☐	

Ihre Fragen/ergänzende Angaben: _____
