

Elternfragebogen zur U3



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

Ihre Fragen/ergänzende Angaben: _____

