

## Elternfragebogen

### für die Vorsorgeuntersuchung U3 (4.-6. Lebenswoche)

Liebe Eltern,

ein wichtiges Ziel der Vorsorgeuntersuchungen ist die frühzeitige Identifikation von Krankheiten und Entwicklungsstörungen. Neben der eigentlichen ärztlichen Diagnostik, besitzen hierbei insbesondere die elterlichen Beobachtungen einen hohen Stellenwert.

Wir bitten sie daher, den folgenden Elternfragebogen im Vorfeld der Vorsorgeuntersuchung zu beantworten und diesen neben dem gelben Vorsorgeheft und dem Impfausweis zum Vorsorgetermin mitzubringen.

Alle Angaben sind freiwillig, Fragen zu denen Sie keine Angaben machen möchten, lassen Sie einfach frei, mehrere Antworten sind möglich.

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

#### Ernährung / Ausscheidung / Wachstum

Welche Milchform bekommt Ihr Kind?

- Muttermilch     Pre-Milch     1er-Milch  
 sonstige Milchform \_\_\_\_\_

Wie oft trinkt Ihr Kind am Tage?

- alle 0,5 h     alle 1-2 h     alle 2-3 h     alle 3-4 h     alle 4-5 h  
 sonstiges \_\_\_\_\_

Wie oft trinkt Ihr Kind in der Nacht?

- alle 0,5 h     alle 1-2 h     alle 2-3 h     alle 3-4 h     alle 4-5 h  
 sonstiges \_\_\_\_\_

Wie lange (gestillte Kinder) bzw. welche Menge (Flasche) trinkt Ihr Kind?

- Stilldauer gesamt     3-5 min     5-10 min     10-15 min     15-30 min  
 sonstiges \_\_\_\_\_

Trinkmenge gesamt     <30 ml     30-50 ml     50-70ml     70-100 ml     >100ml

- sonstiges \_\_\_\_\_

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? (T=Tag )

- > 5 x/T    3-5 x/T    1-2 x/T    1x alle 1-2T    1x alle 2-3T    <1x alle 3T  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Welche Qualität hat der Stuhlgang?

- wässrig    breiig    schleimig    pastös    körnig    fest    hart  
 kugelig    gelblich    grünlich    rötlich    sonstiges \_\_\_\_\_

Wie gestaltet sich der Gewichtsverlauf in den letzten Wochen?

- unklar    nimmt ab    hält Gewicht    nimmt zu  
 sonstiges \_\_\_\_\_

### Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind auf plötzlichen Lichteinfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Fixiert Ihr Kind Lichtquellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Fixiert ihr Kind Gegenstände im nahen Blickfeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie vereinzelt langsame Blickfolgebewegungen bei bewegten Objekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie vereinzelt Innen-Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie ein dauerhaftes Schielen (Innen-/Außen-)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie Augenzittern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind mit Schreckreaktion auf plötzliche, laute Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Reagiert Ihr Kind auf Ihre Stimme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Reagiert Ihr Kind auf neue Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sprache / Schreiverhalten

		Ja	Nein
1.	Beobachten Sie ein kräftiges Schreien bei Hunger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie gelegentliche Lautbildung (Lallen, Gurren)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie unklare lange Schreiphasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Motorik

		Ja	Nein
1.	Beobachten Sie seitengleiche Bewegungen aller Extremitäten (Beine und Arme)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie seitengleiche Kopfwendung in vollem Umfang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.	Beobachten Sie ein kurzes Anheben des Kopfes in Bauchlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie ein kurzes Anheben der Beine in Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie eine bevorzugte Kopfposition zu einer Seite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie Zuckungen der Muskulatur / Extremitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Schläft Ihr Kind in Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Schläft Ihr Kind in einem Babyschlafsack ohne Kissen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Befindet sich der Schlafplatz Ihres Kindes getrennt von Ihrem Bett in Ihrem Schlafzimmer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sonstige Problemfelder

Welche sonstigen Beobachtungen machen Ihnen bei Ihrem Kind sorgen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

*Ihr Praxisteam Beck*

---

## Impfschutz der Eltern & Kontaktpersonen zum Schutz Ihres Säuglings

Im Sinne Ihres jungen Säuglings / Neugeborenen sollten vor allem die Eltern, aber auch alle sonstigen regelmäßigen Kontaktpersonen, auf einen sicheren Impfschutz, insbesondere gegen folgende ansteckende Erkrankungen achten:

### Impfschutz vorhanden ??

#### **Pertussis (Keuchhusten)**

Ja  Nein / unklar

*Ein ausreichender Schutz gegen Keuchhusten liegt vor, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.*

#### **Diphtherie**

Ja  Nein / unklar

*Ein ausreichender Schutz gegen Diphtherie liegt vor, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.*

#### **Masern**

Ja  Nein / unklar

*Sie gelten als geschützt gegen Masern, wenn Sie diese sicher durchgemacht haben, zwei Impfungen gegen Masern erfolgt sind oder Sie vor 1970 geboren wurden.*

#### **Varizellen (Windpocken)**

Ja  Nein / unklar

*Sie gelten als geschützt gegen Windpocken, wenn Sie diese sicher durchgemacht haben oder zwei Impfungen gegen Windpocken erfolgt sind.*

#### **Influenza**

keine Saison  Ja  Nein / unklar

*Eltern junger Säuglinge / Neugeborener, sollten sich vor oder in der Influenzasaison mit dem jährlich aktualisierten Impfstoff impfen lassen. Eine dauerhafte Immunität wird nicht erworben.*

Natürlich gibt es viele weitere sinnvolle Impfungen für Ihre Gesundheit. Erwähnt werden hier nur die wichtigsten impfpräventablen Erkrankungen, die im Falle einer Infektion Ihren jungen Säugling gefährden könnten.

Die **Praxis Beck** kann als hausärztliche Impfpraxis, neben den zu betreuenden Kindern & Jugendlichen, **auch die Eltern und sonstigen Kontaktpersonen jederzeit und vollumfänglich Impfen** (Schutzimpfungen nach STIKO & Reiseimpfungen).