

---

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

Liebe Eltern und Familien,  
viele Verhaltensweisen eines Kindes lassen sich in einer kurzen Untersuchungssituation nicht beobachten. Dabei sind es aber oft gerade diese Verhaltensweisen, die Aufschluss über die Entwicklung des Kindes geben können. Neben der eigentlichen ärztlichen Untersuchung, besitzen daher die elterlichen Beobachtungen für die Gesamtbeurteilung der Entwicklung 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.

Nicht alle Fragen müssen bzw. sollen bei einem normal entwickelten und gesunden Kind mit „Ja“ beantwortet werden, versuchen Sie den Fragebogen daher ehrlich und vollständig zu beantworten.

Die Fragebögen aller Vorsorgen stehen Ihnen auch zum vorigen Ausdruck auf unserer Homepage zur Verfügung („Links & Downloads“). Alle Angaben sind natürlich freiwillig, Fragen zu denen Sie keine Angaben machen möchten, lassen Sie einfach frei.

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?      (h = Stunden)

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 \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind eine tägliche Vitamin D Prophylaxe?

ja  nein  unklar

Präparat \_\_\_\_\_

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 optische Qualität hat der Stuhlgang? (Mehrfachauswahl sinnvoll)

wässrig  breiig  schleimig  pastös  körnig  fest  kugelig

gelblich  grünlich  rötlich  hell-gräulich  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 plötzl. Lichteinfall (Blendreaktion)?	<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 oder Abweichungen der Blickachse eines Auges?	<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 leisere Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sprache / Schreiverhalten / Kommunikation

		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 eine mimische/motorische Antwort auf Ihre Ansprache und Ihr Gesicht im Nahfeld des Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	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 gegen die Schwerkraft in Bauchlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie ein kurzes Anheben der Beine gegen die Schwerkraft 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.	Sind Sie zufrieden mit dem Einschlaf-/Schlafverhalten Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Schläft Ihr Kind in einem Babyschlafsack ohne Kissen in seinem eigenen Bett?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Befindet sich der Schlafplatz Ihres Kindes in Ihrem Schlafzimmer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Schläft Ihr Kind in Ihrer Abwesenheit in der Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sonstige Problemfelder

Welche sonstigen Beobachtungen machen Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen?

- Keine
- folgende Beobachtungen:

In welchem Bereich der Versorgung Ihres Kindes fühlen Sie sich aktuell sehr stark gefordert oder sogar überfordert?

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_, von \_\_\_\_\_

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 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).