

Elternfragebogen

für die Vorsorgeuntersuchung U4 (3.-4. Lebensmonat)

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 bei langsame Blickfolgebewegungen bei bewegten Objekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Lächelt Ihr Kind Gesichter an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie ein dauerhaftes Schielen (Innen-/Außen-)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie vereinzelt 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"/>
4.	Beobachten Sie eine gerichtete Blick-/Kopfwendung in Richtung von Geräuschquellen?	<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 gelegentliches Lautieren in Ruhe (Lallen, Gurren, Prusten)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie vereinzelt Kichern, Quietschen oder Lachen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie unklare, lange Schreiphasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorik

Grobmotorik		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 längeres Anheben des Kopfes in Bauchlage (>20 Sekunden)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie ein längeres Anheben der Beine in Rückenlage (>20 Sekunde)?	<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"/>
Feinmotorik		Ja	Nein
1.	Beobachten Sie die ungezielte Bewegung der geschlossenen Hände zu Gegenständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie eine gerichtete Handöffnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie das Zusammenführen der Hände vor dem Gesicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie die Heranführung von Gegenständen / der Hände zum Mund?	<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"/>
4.	Beobachten Sie langandauernde Einschlafprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie regelmäßige und länger andauernde nächtliche Unruhephasen?	<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