

Elternfragebogen

für die Vorsorgeuntersuchung U5 (6.-7. 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 Ernährung bekommt Ihr Kind?

morgens

vormittags

mittags

nachmittags

abends

nachts

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.	Fixiert und beobachtet Ihr Kind Sie aus einigen Metern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Fixiert Ihr Kind stabil Objekte im nahen Blickfeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Reagiert Ihr Kind auf von rechts und links hingehaltene Gegenstände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie flüssige Blickfolgebewegungen bei bewegten Objekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Lächelt Ihr Kind Gesichter an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Blickt Ihr Kind heruntergefallenen Gegenständen nach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie ein dauerhaftes Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	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 variantenreiches Spontanlautieren (Lallen, Gurren, Prusten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie beginnendes Vokalisieren (aa-ee-ii-oo-uu)?	<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 eine stabile Kopfkontrolle beim Anheben / gehaltenem Sitz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.	Beobachten Sie eine Rotation um die eigene Achse in Bauchlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie ein längeres Anheben der Beine und des Kopfes in Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie eine Drehung von Bauch auf Rücken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie eine Drehung von Rücken auf Bauch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie eine Oberkörperaufrichtung mit Stütz auf die Unterarme oder (halb-)gestreckten Armen in Bauchlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Greift Ihr Kind nach seinen Beinen/Füßen und bringt diese zum Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Beobachten Sie Zuckungen der Muskulatur / Extremitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feinmotorik		Ja	Nein
1.	Beobachten Sie eine gezielte Bewegung der geöffneten Hände zu Gegenständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie ein Wechsel von Gegenständen von einer in die andere Hand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie, dass Ihr Kind Gegenstände aktiv fallen lässt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie die zielsicheres 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