

---

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

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 bei Blickfolgebewegungen Ihres Kindes, wenn ein interessantes Objekt vor dem Gesicht Ihres Kindes bewegt wird? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Lächelt Ihr Kind Gesichter an? [GS Michaelis]	<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.	Beobachten Sie eine gerichtete Blick-/Kopfwendung in Richtung von Geräuschquellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sprache / Schreiverhalten / Kommunikation

		Ja	Nein
1.	Beobachten Sie ein kräftiges Schreien bei Hunger oder Unbehagen (intentionelles Schreien)? [GS Michaelis]	<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 eine mimische/motorische Antwort auf Ihre Ansprache und Ihr Gesicht im Nahfeld des Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie unklare, lange Schreiphasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Beobachten Sie einen seitengleichen Bewegungsumfang der 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)? [GS Michaelis]	<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 längere Phasen von unwillkürlichen Zuckungen der Muskulatur oder ganzer 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 Handöffnung, bei Berührung des Handrandes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie das Zusammenführen der Hände vor der Körpermitte / dem Gesicht? [GS Michaelis]	<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.	Sind Sie zufrieden mit dem Einschlaf-/Schlafverhalten Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Schläft Ihr Kind in einem Babyschlafsack ohne Kissen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
3.	Befindet sich der Schlafplatz Ihres Kindes getrennt von Ihrem Bett 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"/>
5.	Beobachten Sie Schwierigkeiten in der Einschlafphase Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	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?

- keine
- folgende Beobachtungen:

In welchen Bereichen 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*