



### Elternfragebogen zur U3

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

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?  Ja  Nein

Gibt es Schwierigkeiten /Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht?

---

---

Wie wird Ihr Kind derzeit ernährt?

---

Gibt es Schwierigkeiten beim Trinken?

---

Erhält es Vitamin D?  Nein  Ja, folgendes Präparat:

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? \_\_\_\_\_

Welche Farbe hat der Stuhlgang?  gelb  orange  grün  hellgelb  weißlich/grau

Wann sind Sie als Eltern zuletzt geimpft worden? (Keuchhusten, Wundstarrkrampf, ...)

---

### Fragen an die Mutter

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen,

traurig, bedrückt, hoffnungslos?  Nein  Ja

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen,

die Sie sonst gerne tun  Nein  Ja

Haben Sie das Gefühl, Ihr Baby schreit oft und lässt sich nur schwer beruhigen?  Nein  Ja

Haben Sie niemanden der Sie stundenweise entlastet?  Nein  Ja

### Fragen zur Hörfähigkeit Ihres Kindes:

War die Mutter während der Schwangerschaft krank?  Nein  Ja

War Ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik?  Nein  Ja

Hat es Medikamente bekommen?  Nein  Ja

Verändert ihr Kind sein Saugverhalten, wenn es etwas hört?  Ja  Nein

Beruhigt sich oder freut sich Ihr Kind, wenn es angesprochen wird?  Ja  Nein

Haben laute Geräusche Ihr Kind schon einmal erschreckt?  Ja  Nein

Hat sich Ihr Kind im Schlaf bewegt oder hat es grimassiert,  
wenn es in seiner Nähe laute Geräusche gab?  Ja  Nein

Haben Sie schon mal gedacht, Ihr Kind hört nicht gut?  Nein  Ja

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_