



Elternfragebogen zur U3

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? O Ja O Nein

Gibt es Schwierigkeiten / Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht?

Wie wird Ihr Kind derzeit ernährt?

Gibt es Schwierigkeiten beim Trinken?

Erhält es Vitamin D? O Nein O Ja, folgendes Präparat: _____

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? _____

Welche Farbe hat der Stuhlgang? O gelb O orange O grün O hellgelb O 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? O Nein O Ja

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen,
die Sie sonst gerne tun O Nein O Ja

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

Haben Sie niemanden der Sie stundenweise entlastet? O Nein O Ja

Fragen zur Hörfähigkeit Ihres Kindes:

War die Mutter während der Schwangerschaft krank? O Nein O Ja

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

Hat es Medikamente bekommen? O Nein O Ja

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

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

Haben laute Geräusche Ihr Kind schon einmal erschreckt? O Ja O Nein

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

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

Ausgefüllt am: _____

Ausgefüllt von: _____