

U6 Paed.Check® 1.0 (U6)

Unsere vielen Fragen kennen Sie ja jetzt schon – und wie immer entscheiden Sie selbst, ob Sie antworten wollen oder nicht.

NAME:

Geburtsdatum:

Gab es seit der U5 bei Ihrem Kind:

Erste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?

Häufige Infekte?

Gibt es Probleme mit dem Stillen, der Flasche oder beim Breiöffeln?

Probleme mit dem Stuhlgang?

Reagiert Ihr Kind auf laute und leise Geräusche?

Dreht Ihr Kind den Kopf zur Geräuschquelle?

Schnarcht Ihr Kind häufig?

Nein Ja

Wird Ihr Kind noch ganztags von Ihnen betreut?

Wenn nein: Wo wird es betreut?

Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?

Wenn ja: welche?

Und hier wieder unsere Fragen, wie es zu Hause läuft. Sie entscheiden, was Sie beantworten.

Mein Baby ...

... ist ständig unruhig und unzufrieden

... schreit heftig, sobald ihm etwas nicht passt

... setzt mich mit seinem Schreien unter Druck

... wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lange (> 30 Min.) zum Einschlafen

... ist ständig müde, überreizt, unausgeschlafen

... wacht nachts mehr als zweimal schreiend auf und verlangt vielerlei Einschlafhilfen

... fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung

... kann sich nicht allein beschäftigen, hat keine Lust zu spielen, Spielzeuge sind rasch langweilig

... schreit und kämpft beim Anziehen und Wickeln

... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an

... vermeidet Blickkontakt

... braucht mehr als 45 Minuten für seine Mahlzeiten

... isst/trinkt nur mit Druck

... isst nur mit Ablenkung

... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug

... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe

Familiäre Situation

In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet

Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen

Die Nerven liegen blank

Mein Baby ist mir im Wesen fremd

Ich habe Angst, als Mutter zu versagen

Ich plage mich mit der Angst, mein Kind sei hyperaktiv

Die Probleme belasten die Partnerschaft

Dafür wünsche ich fachkundige Beratung

Fast nie

Häufig

Fast immer

Dies macht mir Sorgen

Ausgefüllt von Mutter

Vater

oder

am

(Datum)

Ausgefüllt von Mutter

Vater

oder

am

(Datum)