



**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**bekannte Erkrankungen in der Familie:**

Gibt es in Ihrer Familie Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, Immundefekte, Diabetes, Augenerkrankungen (z.B. kindlichen grauen Star, Schielen, erhebliche Fehlsichtigkeiten), angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen, Hüftdysplasie, Allergien, ...?

**Mutter :**

**Vater :**

**Grossmutter MS :**

**Grossvater MS :**

**Grossmutter VS:**

**Grossvater VS:**

**Tante:**

**Onkel:**

**Brillenträger:**

**Raucher:**

**U3**

	<b>Mein / Unser Baby ...</b>	
	Gab es Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder Krankheiten in der Schwangerschaft?	
<b>nein</b>	• <i>Schwangerschaftsdiabetes oder Diabetes mellitus der Mutter?</i>	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• <i>Regelmäßige Medikamenteneinnahme / Grunderkrankung der Mutter?</i>	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• <i>Akute oder chronische Infektionen während der Schwangerschaft?</i>	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• <i>Nachweis von B-Streptokokken bei der Mutter?</i>	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• <i>Auffälliger Antikörper-Suchtest bei der Mutter?</i>	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• <i>Regelmäßiger Konsum von Zigaretten, Alkohol oder anderen Substanzen?</i>	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• <i>Besondere psychische oder soziale Belastungen?</i>	<b>ja</b>



	Gab es Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?	
<b>nein</b>	• <i>Geburt aus Beckenendlage?</i>	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• <i>Andere Probleme?</i>	<b>ja</b>
	Gab/gibt es bei Ihrem Kind bisher...	
<b>nein</b>	• <i>schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?</i>	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• <i>Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?</i>	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• <i>auffälliges Schreien?</i>	<b>ja</b>

<b>nein</b>	Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	Sind Sie als Mutter (oder Vater) alleinerziehend?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	Sind Sie als Mutter und/oder Vater Allergiker?	<b>ja</b>
	Wie ernähren Sie Ihr Kind?	

	<b>Mein / Unser Baby kann ...</b>	
<b>Grobmotorik</b>		
<b>ja</b>	...seinen Kopf in schwebender Bauchlage für wenigstens drei Sekunden halten.	<b>nein</b>
<b>ja</b>	...seinen Kopf in Rückenlage für zehn Sekunden in Mittelstellung halten.	<b>nein</b>
<b>Feinmotorik</b>		
<b>ja</b>	...seine Hände spontan öffnen (häufiger sind die Hände noch eher geschlossen).	<b>nein</b>
<b>Wahrnehmung / Kognitive Entwicklung</b>		
<b>ja</b>	...mit den Augen einem Gesicht/Gegenstand nach beiden Seiten bis mind. 45 Grad folgen.	<b>nein</b>
<b>Soziale / emotionale Kompetenz</b>		
<b>ja</b>	...aufmerksam auf nahe Gesichter von Mama/Papa/nächster Bindungspersonen schauen.	<b>nein</b>

	<b>Hörscreening für die 4. - 6. Lebenswoche</b>	
	Bei Kindern im ersten Jahr gib es gelegentlich angeborene Hörstörungen, welche sich (zu spät erkannt) nachteilig auf die Entwicklung der Sprache auswirken	
<b>ja</b>	Haben laute Geräusche Ihr Kind schon einmal Erschreckt?	<b>nein</b>
<b>ja</b>	Hat sich Ihr Kind im Schlaf bewegt oder hat es grimassiert, wenn es in seiner Nähe laute Geräusche gab?	<b>nein</b>
<b>ja</b>	Wurde ein automatischer Hörtest bei Ihrem Kind durchgeführt?	<b>nein</b>

Beobachten Sie nun Ihr Kind weiter, damit Sie bei der Vorstellung Ihres Kindes bei der U4 die nächsten Fragen beantworten können.