

**U2****Paed.Check® Start (U2)**

**Wir haben noch ein paar Fragen an Sie.**

**Natürlich entscheiden Sie selbst, ob Sie unsere Fragen beantworten wollen oder nicht.**

Name:

Geburtsdatum:

**Gab es in den Tagen seit der Geburt bei Ihrem Kind:****Nein****Ja**

Erkrankungen oder Operationen?



Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?



Auffälliges Schreien?



Wie viele Stunden nach der Geburt hatte das Kind erstmals Stuhl?



War der erste Stuhl schwarz („Kindspech“)?



Wenn nein: Welche Farbe hatte er?

**Gibt es in Ihrer Familie:**

Augenkrankheiten (z. B. Schielen, Sehschwäche, grauer oder grüner Star)?



Wenn ja: was für welche und bei wem?

Angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?



Wenn ja: was für welche und bei wem?

Störungen des Immunsystems?



Angeborene Hüftkrankheiten?

**Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?**

Wenn ja: welche?

Ausgefüllt von Mutter



Vater



oder

am

(Datum)