

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)