

U3

Paed.Check® 0.1 (U3)

Wir haben alte und neue Fragen an Sie.

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

Name:

Geburtsdatum:

Gab es seit der U2 bei Ihrem Kind:

Nein Ja

Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?

☐ ☐

Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?

☐ ☐

Auffälliges Schreien?

☐ ☐

Vergleichen Sie bitte die Stuhlfarbe Ihres Kindes mit der Farbkarte, die die MFA Ihnen gegeben hat. Entspricht die Farbe am ehesten Feld 5, 6 oder 7?

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)

Hier folgen noch ein paar ganz andere Fragen.

Auch hier entscheiden Sie selbst, ob Sie unsere Fragen beantworten wollen oder nicht.

Mein Baby ...	Fast nie	Häu- fig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fach- kundige Beratung
... schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lässt sich keinen Moment ablegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verweigert die Brust/die Flasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist extrem irritierbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist extrem ablenkbar, z. B. beim Füttern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familiäre Situation	Fast nie	Häu- fig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fach- kundige Beratung
Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Nerven liegen blank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Probleme belasten die Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgefüllt von Mutter ☐ Vater ☐ oder _____ am _____ (Datum)