

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?



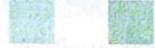
Auffälliges Schreien?



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.

	Fast nie	Häu- fig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fach- kundige Beratung
Mein Baby ...					
... 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					
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)