

U4

Paed.Check® 0.3 (U4)

Wieder wollen wir alles ganz genau wissen – aber auch dieses Mal entscheiden Sie selbst, ob Sie unsere Fragen beantworten wollen oder nicht.

Name:

Geburtsdatum:

**Gab es seit der U3 bei Ihrem Kind:**

Nein Ja

Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?

☐ ☐

Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?

☐ ☐

Was bekommt Ihr Baby zu essen?

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?

☐ ☐
**Wird Ihr Kind noch ganztags von Ihnen betreut?**
☐ ☐

Wenn nein: Wo wird es betreut?

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

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von Mutter ☐ Vater ☐ oder \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ (Datum)



Und jetzt wieder die Fragen nach Ihrer Situation zu Hause.  
Sie entscheiden, ob Sie unsere Fragen beantworten wollen oder nicht.

| Mein Baby ...   | Fast<br>nie              | Häu-<br>fig              | Fast<br>immer            | Dies<br>macht mir<br>Sorgen | Dafür<br>wünsche<br>ich fach-<br>kundige<br>Beratung |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| ... schreit und quengelt immer noch ohne erkennbaren Grund  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... ist extrem willensstark   | <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"/>                             |
| ... wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Ein-<br>schlafhilfen extrem lange (> 30 Min.) zum Einschlafen                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... schläft tagsüber nur kurz und unregelmäßig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... schreit ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... schreit so, dass es unerträglich ist; es kommt rasch zur<br>Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder<br>ohnmächtiger Wut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... kuschelt nicht, mag keine körperliche Nähe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... erträgt keine körperliche Einschränkung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... vermeidet Blickkontakt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| ... braucht mehr als 45 Minuten für seine Mahlzeiten  | <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 trinkfaul, trinkt nur mit Druck oder Zwang  | <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"/>                             |
| <b>Familiäre Situation</b>  |                          |                          |                          |                             |  |
| 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<br>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<br>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 traue mich mit dem Baby nirgendwohin  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |
| Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte<br>etwas zustoßen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>                             |

Ausgefüllt von Mutter ☐ Vater ☐ oder \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ (Datum)