

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?

Und jetzt wieder die Fragen nach Ihrer Situation zu Hause.
Sie entscheiden, 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 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 Einschlafhilfen 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 Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder 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"/>
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 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 etwas zustoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgefüllt von Mutter Vater oder _____ am _____ (Datum)