

U5

Paed.Check® 0.6 (U5)

Unsere vielen Fragen kennen Sie ja jetzt schon –
und wie immer entscheiden Sie selbst, ob Sie unsere Fragen beantworten wollen oder nicht.

Name:

Geburtsdatum:

Gab es seit der U4 bei Ihrem Kind:	Nein	Ja
Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Probleme beim Füttern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit dem Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälliges Schreien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Kind auf laute und leise Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wendet Ihr Kind den Kopf zur Geräuschquelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind Geräusche wie „ge-ge-ge“, „mem-mem-mem“, „dei-dei-dei“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacht Ihr Kind, wenn es geneckt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benimmt es sich bei Bekannten und Unbekannten unterschiedlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freut es sich über andere Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind noch ganztags von Ihnen betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: Wo wird es betreut?		
Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche?		

Diese Seite kann in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes bleiben.

Und noch ein paar Fragen, wie es zu Hause so läuft.
Sie entscheiden, was Sie beantworten.

Mein Baby ...	Fast nie	Häu- fig	Fast im- mer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fach- kundige Beratung
... ist ständig unruhig und unzufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schreit heftig, sobald ihm etwas nicht passt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... setzt mich mit seinem Schreien unter Druck	<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"/>
... will ständig herumgetragen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann sich nicht allein beschäftigen	<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"/>
... isst/trinkt nur mit Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... isst nur mit Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wehrt Füttern mit dem Löffel ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... manipuliert mich total mit seinem Schreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Situation					
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"/>
Mein Baby ist mir im Wesen fremd	<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"/>
Ich plage mich mit der Angst, mein Kind sei hyperaktiv	<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"/>

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