

U6

Paed.Check® 1.0 (U6)

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

Name:

Geburtsdatum:

Gab es seit der U5 bei Ihrem Kind:

Nein Ja

Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?

Häufige Infekte?

Gibt es Probleme mit dem Stillen, der Flasche oder beim Breilöffeln?

Probleme mit dem Stuhlgang?

Reagiert Ihr Kind auf laute und leise Geräusche?

Dreht Ihr Kind den Kopf zur Geräuschquelle?

Schnarcht Ihr Kind häufig?

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 hier wieder unsere Fragen, wie es zu Hause läuft.
Sie entscheiden, was Sie beantworten.

Mein Baby ...	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fachkundige Beratung
... ist ständig unruhig und unzufrieden	<input type="checkbox"/>				
... schreit heftig, sobald ihm etwas nicht passt	<input type="checkbox"/>				
... setzt mich mit seinem Schreien unter Druck	<input type="checkbox"/>				
... wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lange (> 30 Min.) zum Einschlafen	<input type="checkbox"/>				
... ist ständig müde, überreizt, unausgeschlafen	<input type="checkbox"/>				
... wacht nachts mehr als zweimal schreiend auf und verlangt vielerlei Einschlafhilfen	<input type="checkbox"/>				
... fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung	<input type="checkbox"/>				
... kann sich nicht allein beschäftigen, hat keine Lust zu spielen, Spielzeuge sind rasch langweilig	<input type="checkbox"/>				
... schreit und kämpft beim Anziehen und Wickeln	<input type="checkbox"/>				
... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an	<input type="checkbox"/>				
... vermeidet Blickkontakt	<input type="checkbox"/>				
... braucht mehr als 45 Minuten für seine Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>				
... isst/trinkt nur mit Druck	<input type="checkbox"/>				
... isst nur mit Ablenkung	<input type="checkbox"/>				
... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug	<input type="checkbox"/>				
... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe	<input type="checkbox"/>				
Familiäre Situation					
In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen	<input type="checkbox"/>				
Die Nerven liegen blank	<input type="checkbox"/>				
Mein Baby ist mir im Wesen fremd	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen	<input type="checkbox"/>				
Ich plage mich mit der Angst, mein Kind sei hyperaktiv	<input type="checkbox"/>				
Die Probleme belasten die Partnerschaft	<input type="checkbox"/>				

Ausgefüllt von Mutter Vater oder _____ am _____ (Datum)