



Wir haben alte und neue Fragen an Sie.
Bitte Entscheiden Sie selbst, ob Sie unsere Fragen
beantworten wollen oder nicht.

Name: _____ Geb.: _____

Gab es bei der U2 bei Ihrem Kind:	Nein	Ja
Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?	☐	☐
Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?	☐	☐
Auffälliges Schreien?	☐	☐
	☐	☐
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?		

Mein Baby ...

	Fast nie	Häu- fig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich mir fach- kundige Beratung
... schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund	☐	☐	☐	☐	☐
... lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif	☐	☐	☐	☐	☐
... ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf	☐	☐	☐	☐	☐
... verweigert die Brust/die Flasche	☐	☐	☐	☐	☐
... ist extrem irritierbar	☐	☐	☐	☐	☐
... ist extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern	☐	☐	☐	☐	☐
Familiäre Situation					
Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen	☐	☐	☐	☐	☐
In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen	☐	☐	☐	☐	☐
Die Nerven liegen blank	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen	☐	☐	☐	☐	☐
Die Probleme belasten die Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen	☐	☐	☐	☐	☐

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