

U4

3. bis 4. Lebensmonat



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 U3 bei Ihrem Kind:	Nein	Ja
Ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was bekommt Ihr Baby zu essen?		
Auffälliges Schreien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Familie:		
Augenkrankheiten, (z.Bsp. Schielen Sehschwäche, grauer oder grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: was für welche und bei wem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: was für welche und bei wem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Hüftkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird ihr Kind noch Ganzttag von Ihnen betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: wo wird es betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es besondere Belastungen in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Welche?		

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

Quelle: Vorsorgeheft des Päd.-Check der bvkj

Mein Baby ...

	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich mir fachkundige 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 den Arm nicht beruhigen; macht sch 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 zum einschlafen (>30 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schläft tagsüber nur kurz und sehr 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, das es unerträglich ist; es kommt rasch zu Eskalation oder Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kuschelt nicht; mach keine körperlichen Nähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erträgt keine körperlichen Einschränkungen	<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"/>
... brauch 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.Bsp. beim Füttern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Situation					
Mit 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/ Vater 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 nirgenwo hin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plage mich mit meinen Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>