



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

Name: _____ Geb.: _____

Gab es bei 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?		
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?		
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?		

Mein Baby ...

	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich mir fachkundige 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 Einschlafhilfe 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 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"/>
... will ständig herum getragen 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 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"/>
... 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"/>
... werht 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/ Vater 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 nirgenwo hin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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