

Elternfragebogen zur U2

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Liebe Eltern!

Um uns besser auf die folgende Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Für gezielte Fragen und Probleme Ihrerseits nutzen sie bitte die Rückseite.

Nein <input type="checkbox"/>	Ist das zu untersuchende Kind Ihr erstes Kind?	JA <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Werden Sie durch eine Hebamme betreut?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Werden Sie durch Familie u./o. Freunde unterstützt?	Nein <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Gab es Probleme/Erkrankungen in der Schwangerschaft?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Gab es Komplikationen bei der Geburt?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Ist die Trinkdauer pro Mahlzeit > 30 Minuten?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Haben sie Trink-oder Schluckschwierigkeiten bemerkt?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie Atemprobleme oder Krämpfe bemerkt?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Schreit Ihr Kind auffällig?	JA <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Können Sie Ihr Kind beruhigen wenn es schreit?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Wurde das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Wurde das Neugeborenen-Stoffwechselscreening durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Wurde das Pulsoxymetrie-Screening durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Wurde bereits eine Hüft-Ultraschall-Untersuchung durchgeführt?	JA <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Sind in der Familie chronische Erkrankungen bekannt? Hüfterkrankungen bekannt (z.B. erbliche Augenerkrankungen, kindlicher Katarakt, Strabismus, Amblyopie, angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen, Immunabwehrstörungen, Hüfterkrankungen)? Wenn "Ja" notieren Sie bitte welche Erkrankung und bei wem!	JA <input type="checkbox"/>
JA <input type="checkbox"/>	Ist die Farbe des Stuhle Ihres Kindes unauffällig (siehe Stuhl-Farben-Karte)? Stuhlfarbennummer: 1 2 3 4 5 6 7	Nein <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/>	Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind? Wenn "Ja" notieren Sie bitte stichpunktartig die Probleme auf der Rückseite!	JA <input type="checkbox"/>
Wie wird Ihr Kind ernährt?		

STUHL-FARBEN-KARTE

Die Stuhlfarbe Ihres Neugeborenen

Liebe Eltern,

Beobachten Sie die Stuhlfarbe Ihres Neugeborenen! Manche Leberkrankheiten können durch eine anormale Stuhlfarbe erfasst werden. Falls sie den Bildern 5 - 7 gleicht (entfärbte Stühle), müssen weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

Wie auch immer die Stuhlfarbe Ihres Kindes ist, bringen Sie diese Karte in die erste Konsultation bei Ihrem Kinderarzt vor Ende des ersten Lebensmonates.

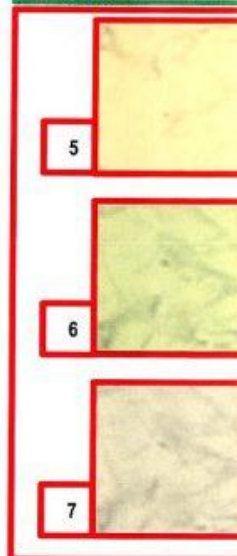
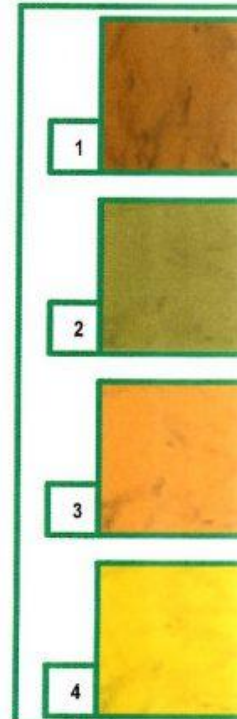
Beobachten Sie die Stuhlfarbe während des ersten Lebensmonates. Falls der Stuhl sich entfärbt und der Urin stark gelb wird, muss überprüft werden, ob die Gallenwege, welche die Galle von der Leber in den Darm führen, durchgängig sind. Die Beobachtung der Stuhlfarbe während des ersten Lebensmonates erlaubt auf einfachem Wege die meisten Undurchgängigkeiten der Gallenwege zu diagnostizieren. Diese Krankheiten benötigen eine schnellstmögliche Therapie.

Falls Sie Fragen haben zögern Sie nicht, Ihren Kinderarzt zu kontaktieren. Sie finden auch weitere Informationen auf der Webseite www.basca.ch.

Geburtsdatum
Datum der Stuhlprobe

Name des Kindes	Geschlecht
Vorname	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>

normale



anormale



Liebe kleinen und großen Patienten, sehr geehrte Eltern!

Herzlich Willkommen in unserer Kinderarztpraxis.

Zur Anlage der persönlichen Behandlungskartei Ihres Kindes und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und korrekt. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an eine Mitarbeiterin an der Anmeldung.

Personalien:

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versichert bei: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____

Telefon: _____ e-Mail: _____

Mutter: _____
Name/Vorname

erlernter Beruf aktuelle Tätigkeit

Vater: _____
Name/Vorname

erlernter Beruf aktuelle Tätigkeit

Wer hat das Sorgerecht? _____

Der Patient ist das 1. / 2. / 3. ... Kind von: 1 / 2 / 3 / Kindern

Geschwister (Vorname und Alter): _____

Vorgeschichte:

War der Verlauf der Schwangerschaft normal?

- Ja
- Nein, Besonderheiten? _____

War der Verlauf der Geburt normal?

- Ja
- Nein, Besonderheiten? _____
(z.B. Kaiserschnitt, eingeleitete Geburt, Beckenendlage o. ä.)

Schwangerschaftswoche: _____ Geburtsklinik: _____

Geburtsgewicht _____ Größe: _____ Kopfumfang: _____

Hebamme: _____



Kinderarztpraxis
Dr. Amm und Kollegen
Pestalozzistr. 72 - 04178 Leipzig
Tel. 0341 446830
Web: www.dr-amm.de
praxis@dr-amm.de

Hatte ein Familienmitglied (insbesondere Eltern, Geschwister) früher oder leidet derzeit jemand an chronische Erkrankungen, Operationen, stationäre Behandlungen? (zum Beispiel: Allergien, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lungenerkrankung, Asthma, Nierenerkrankung, Bluterkrankung, Blutgerinnungsstörung, Stoffwechselerkrankung)

Nimmt ein Familienmitglied regelmäßig Medikamente ein?
(bitte angeben wer, was und weswegen?)

Migrationshintergrund der Familie/Nationalität: _____

Möchten Sie über aktuelle Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen, die fällig sind informiert werden?
 Ja (nur per Mail möglich) Nein

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Ich habe das Recht, mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen sämtliche Mitarbeiter.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift



**Kinderarztpraxis
Dr. Amm und Kollegen**
Pestalozzistr. 72 - 04178 Leipzig
Tel. 0341 446830
Web: www.dr-amm.de
praxis@dr-amm.de

Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision

Liebe Eltern!

In der letzten Zeit kommt es zunehmend zu Keuchhustenerkrankungen bei Kindern und Erwachsenen mit nicht ausreichendem Impfschutz (letzte Keuchhustenimpfung bzw. bestätigte Erkrankung länger als 5 Jahre zurückliegend), deshalb wird eine Auffrischung der Impfung von Haushaltskontaktpersonen (zu Säuglingen) „ohne adäquaten Impfschutz“ (Eltern, Geschwister, Betreuer wie z. B. Tagesmütter, Babysitter, ggf. Großeltern und andere Personen mit direktem Kontakt) empfohlen. Diese Impfung wird von den Krankenkassen übernommen.

Bitte lassen Sie Ihren Impfstand überprüfen und gegebenenfalls die Impfung auffrischen. Dies ist auch jederzeit in unserer Praxis möglich.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam



Kinderarztpraxis
Dr. Amm und Kollegen
Pestalozzistr. 72 - 04178 Leipzig
Tel. 0341 446830
Web: www.dr-amm.de
praxis@dr-amm.de

Vitamin D-Prophylaxe

Vitamin D gehört zu der Gruppe der fettlöslichen Vitamine. Es ist lebensnotwendig und wird für vielfältige Körperfunktionen benötigt. Es wird hauptsächlich für die Regulierung des Kalzium – und Phosphathaushaltes und somit für die Knochenmineralisierung sowie für die neuromuskuläre Erregungsleitung benötigt. Ein Mangel an Vitamin D kann zu Rachitis (Knochenerweichung) und Wachstumsstörungen führen.

Vitamin D ist das einzige Vitamin, welches vom menschlichen Organismus durch Sonnenlicht (UV-Strahlung) selbst gebildet werden kann, jedoch reicht in unseren Breitengraden die Sonneneinstrahlung (insbesondere im Winter) nicht aus. Nur ein geringer Anteil des Vitamin D-Bedarfs (ca. 10 bis 20 Prozent) kann über die Nahrung gedeckt werden. Die enthaltenen Vitamin D-Mengen in Nahrungsmitteln ist gering, relevante Mengen finden sich beispielsweise in fettreichen Fisch, Ei, Milchprodukten. Der Vitamin D-Bedarf eines Säuglings liegt um etwa das 11-fache höher als bei einem Erwachsenen. Muttermilch und Säuglingsmilchnahrungen enthalten beide eher wenig Vitamin D. Vorzugsweise sollte der Vitamin D-Bedarf über eine „natürliche Versorgung“, mittels häufigen Aufenthalte im Freien und Vitamin D-haltige Nahrungsmittel, wie Lachs, Hering, Aal, Sardinen, Ei, Pilze, Milchprodukte (Käse), mit Vitamin D angereicherte Lebensmittel (beispielsweise Milch, Margarine, Joghurt), gedeckt werden.

Im gesamten ersten Lebensjahr sowie in den Herbst- und Wintermonaten des 2. Lebensjahres wird eine zusätzliche Vitamin D-Gabe (500 IE/Tag) empfohlen. Weiterhin empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin eine Vitamin-D-Gesamtzufuhr im gesamten Kindes- und Jugendalter von 600 IE/Tag und empfiehlt eine tägliche Zufuhr von Vitamin D Präparaten (500 IE/Tag) insbesondere in den Wintermonaten. Eine Kostenübernahme durch Krankenkassen erfolgt nur bis zum Ende des 2. Lebensjahres und bei einem nachgewiesenem schweren Vitamin-D-Mangel [25-OHD < 50nmol/l bzw. 20 mg/ml]).



**Kinderarztpraxis
Dr. Amm und Kollegen**
Pestalozzistr. 72 - 04178 Leipzig
Tel. 0341 446830
Web: www.dr-amm.de
praxis@dr-amm.de

Vitamin-K-Prophylaxe

Vitamin K wird im Körper für die Blutgerinnung benötigt.

Normalerweise wird das Vitamin K im Körper durch die natürliche Darmflora gebildet. Da sich die Darmflora bei einem Neugeborenen jedoch erst im Darm ansiedeln muss, kann es in der ersten Zeit zu einem Mangel an Vitamin K kommen.

Da ein Mangel an Vitamin K die Blutungsneigung erhöht, erfolgt in den ersten 4 bis 6 Lebenswochen eine dreimalige Vitamin-K-Gabe (meist in Verbindung mit den U-Untersuchungen U1 bis U3).