



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U3

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Kann Ihr 4-6 Wochen altes Kind ...			
JA	<input type="checkbox"/>	... in Bauchlage den Kopf ca. 3 Sekunden heben?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... in Sitzhaltung den Kopf für einige Sekunden aufrichten?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... Arme und Beine in Rückenlage gleichgut bewegen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... den Kopf in Rückenlage bis zur Mittellinie drehen und ca. 10 Sekunden halten?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... einen Gegenstand mit den Augen verfolgen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Dreht Ihr Kind den Kopf in Rückenlage abwechselnd auf die rechte und linke Seite, ohne Bevorzugung einer Seite?	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn "Nein", welche Seite wird bevorzugt:			
JA	<input type="checkbox"/>	... auf Geräusche (z.B. eine Glocke oder Rassel) außerhalb seines Gesichtsfeldes reagieren?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Gibt Ihr Kind Laute der Zufriedenheit von sich?	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn "Ja": „Wie hören sie sich an?“:			
JA	<input type="checkbox"/>	Beruhigt Ihr Kind sich, wenn es in den Arm genommen wird?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... Ihnen ins Gesicht schauen und sie beobachten, wenn es auf dem Rücken liegt?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... zurücklächeln?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Beruhigt es sich bei Zuspruch der Mutter?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Hört Ihr Kind? (Erschrickt Ihr Kind bei lauten Geräuschen oder ändert sein Verhalten? Zeigt es Augenbewegungen als Suchen auf Schallquellen bei vertrauten Stimmen?)	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihrem Kind ein Hörtest (OAE) durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn "Ja" <input type="checkbox"/> Befund unauffällig <input type="checkbox"/> Kontrolle geplant / empfohlen			
JA	<input type="checkbox"/>	Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol)?	Nein <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen; hat es abnorme Stühle; Schwierigkeiten beim Schlucken/Trinken, schreit Ihr Kind schrill oder kraftlos beziehungsweise sind Sie sonst in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes?	JA <input type="checkbox"/>
Wenn "Ja":			
JA	<input type="checkbox"/>	Ist die Farbe des Stuhle Ihres Kindes unauffällig (siehe Stuhl-Farben-Karte)?	Nein <input type="checkbox"/>
Stuhlfarbnnummer:			
Wie wird Ihr Kind zurzeit 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.

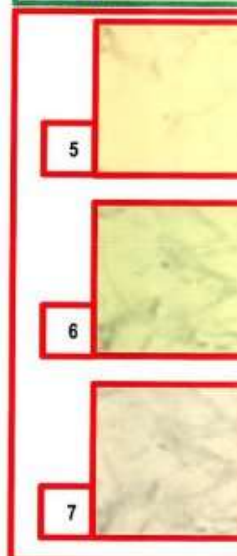
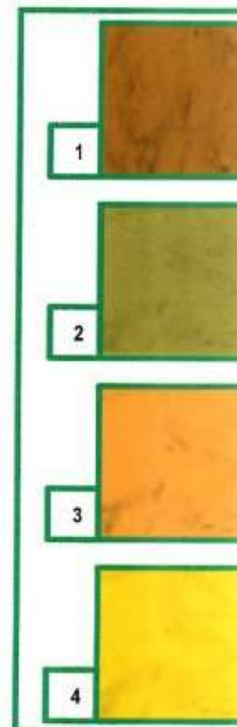
Beobachten Sie die Stuhlfarbe während des ersten Lebensmonates. Falls der Stuhl sich entfärbt und der Urin stark gelb wird, muss überprüft werden, ob die Gallenwege, welche die Galle von der Leber in den Darm führen, durchgängig sind. Die Beobachtung der Stuhlfarbe während des ersten Lebensmonates erlaubt 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