



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U4

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Kann Ihr 3 bis 4 Monate altes Kind ...			
JA	<input type="checkbox"/>	... Arme und Beine kräftig wechselnd und beiderseits Beugen und Strecken?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Toleriert ihr Kind die Bauchlage und kann sich auf den Unterarmen abstützen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... den Kopf in Bauchlage um 90° heben, mind. 1 Minute?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... im Sitzhaltung den Kopf aufrichten und halten, mind. 30 Sekunden?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Hält Ihr Kind die Hände überwiegend geöffnet?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... ein bewegtes Gesicht fixieren und folgt ihm?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... in Rückenlagen die Hände zusammenführen und mit seinen Händen spielen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Versucht Ihr Kind nach einem vorgehaltenen Gegenstand zu greifen?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	...einen bewegten Gegenstand (z.B. Ball) mit den Augen verfolgen, auch bei einer kreisförmigen Bewegung?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Reagiert ihr Kind auf Ansprache oder nonverbale Kommunikation durch Bezugspersonen mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Gibt Ihr Kind außer Schreien, irgendwelche Laute von sich? Versucht es mitzusprechen (lallen), wenn es Ihre Stimme hört?	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn "Ja": „Wie hören sie sich an?“:			
JA	<input type="checkbox"/>	... bewusst lächeln?	Nein <input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	... in Rückenlage den Kopf von einer Seite bis zur ganz anderen Seite drehen, dabei keine Seite bevorzugt?	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn "Nein", welche Seite wird bevorzugt:			
JA	<input type="checkbox"/>	Lässt es sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer Bezugsperson beruhigen?	Nein <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Schreit Ihr Kind abnormal (schrill oder kraftlos) und Quengelt immer noch ohne erkennbaren Grund?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es häufig extrem willensstark?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Lässt es sich häufig auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Wehrt es sich häufig gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30 Min.) zum Einschlafen?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Schläft es häufig tagsüber nur kurz und unregelmäßig?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Fordert es ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Schreit es ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage?	JA <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut.	JA <input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Kuschelt es nicht, mag keine körperliche Nähe?	JA <input type="checkbox"/>

Nein	<input type="checkbox"/>	Erträgt es häufig keine körperliche Einschränkung?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es häufig auffallend ernst, lächelt nur die anderen an?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Vermeidet es Blickkontakt?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45. Min)	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Verweigert es häufig die Brust/die Flasche?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es trinkfaul, trinkt häufig nur mit Druck oder Zwang?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es oft extrem irritierbar, reagiert sehr empfindlich auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung?	JA	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Ist es extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern?	JA	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Hört Ihr Kind? (Reagiert es auf Geräusche? Schaut es in Richtung der Geräuschquelle, wenn das Geräusch von der Seite kommt? Reagiert es, wenn jemand ins Zimmer oder ans Bettchen tritt den es nicht sieht? Lässt es sich durch Ansprache oder Musik beruhigen? Versucht die Quelle eines bekannten Geräusches durch Kopfdrehen zu sehen?)	Nein	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	Hatte es einen Krampfanfall; Probleme beim Wasserlassen; eine Operation oder Vorerkrankungen, hat es abnorme Stühle oder Verstopfungen; Schwierigkeiten beim Schlucken/Trinken/Füttern, schreit Ihr Kind schrill oder kraftlos beziehungsweise sind Sie sonst in irgendeiner Weise besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes? Wenn "Ja":	JA	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Ist die Farbe des Stuhle Ihres Kindes unauffällig (siehe Stuhl-Farben-Karte)? Stuhlfarbnnummer:	Nein	<input type="checkbox"/>
JA	<input type="checkbox"/>	Bekommt Ihr Kind Vitamin D (Dekristol oder Vigantol)?	Nein	<input type="checkbox"/>
Wie wird Ihr Kind zurzeit ernährt?				

familiäre Situation

	Fast nie	Häufig	Fast immer	Dies macht mir Sorgen	Dafür wünsche ich fachkundige Beratung
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 keine 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					
Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin					