

Fragebogen zur U3

Name des Kindes: _____

Ausgefüllt am: _____ von Mutter Vater

Liebe Eltern, in Vorbereitung auf die Vorsorgeuntersuchung U3 bitte ich Sie, folgende Fragen zu beantworten. Bei Unklarheiten lassen Sie die Frage einfach offen, wir haben gleich genug Gelegenheit, diese dann im persönlichen Gespräch zu klären.

Schwangerschaft

	ja	nein
Schwangerschaftsdiabetes oder Diabetes mellitus der Mutter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akute oder chronische Infektionen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachweis von B-Streptokokken bei der Mutter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffälliger Antikörpersuchtest bei der Mutter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßiger Konsum von Rauschmitteln (inklusive Nikotin und Alkohol)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische oder soziale Belastungen während der Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Geburt

Geburt aus Beckenendlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Probleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hat/Hatte Ihr Kind

bisher schon schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinkschwierigkeiten oder Schluckstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffälliges Schreien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farblosen Stuhlgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gibt es in Ihren Familien

	ja	nein
Augenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immundefekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüftdysplasie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwere Allergien bei den Eltern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es besondere Belastungen in der Familie (z.B. Alleinerziehung, Betreutes Wohnen, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bisherige Entwicklung

(diese Fragen ersetzen natürlich nicht die gleich folgende Untersuchung)

Kann Ihr Kind den Kopf in schwebender Bauchlage für 3 Sekunden halten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann Ihr Kind den Kopf in Rückenlage für 10 Sekunden in Mittelstellung halten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann Ihr Kind die Hände spontan öffnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann Ihr Kind einem Gesicht oder Gegenstand von einer auf die andere Seite folgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schaut Ihr Kind aufmerksam auf das nahe Gesicht von Mama/Papa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Das war es schon, Vielen Dank!

Nur Dr. Nico Hepping