

	Checklisten und Formulare 06-48 Fragebogen U3	epa 2010 Ausgabe 1 Seite 1 von 2
---	--	--

Erstellt / Geändert: Rebekka Falkowski	Datum: 03.01.2017	Geprüft: Dr. Wiedensohler	Datum: 03.01.2017	Freigegeben: Dr. Wiedensohler	Datum: 03.01.2017
---	----------------------	------------------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------

Name des Kindes: _____

	Gab es Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder Krankheiten in der Schwangerschaft?	
nein	<i>Schwangerschaftsdiabetes oder Diabetes mellitus der Mutter?</i>	ja
nein	<i>Regelmäßige Medikamenteneinnahme / Grunderkrankung der Mutter?</i>	ja
nein	<i>Akute oder chronische Infektionen während der Schwangerschaft?</i>	ja
nein	<i>Nachweis von B-Streptokokken bei der Mutter?</i>	ja
nein	<i>Auffälliger Antikörper-Suchtest bei der Mutter?</i>	ja
nein	<i>Regelmäßiger Konsum von Zigaretten, Alkohol oder anderen Substanzen?</i>	ja
nein	<i>Besondere psychische oder soziale Belastungen?</i>	ja
	Gab es Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?	
nein	<i>Geburt aus Beckenendlage?</i>	ja
nein	<i>Andere Probleme?</i>	ja
	Gab/gibt es bei Ihrem Kind bisher...	
nein	<i>schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?</i>	ja
nein	<i>Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?</i>	ja
nein	<i>auffälliges Schreien?</i>	ja
	Gibt es in Ihren Familien...	
nein	<i>Augenerkrankungen (z.B. Kindlichen grauen Star, Schielen, erhebliche Fehlsichtigkeiten)?</i>	ja
nein	<i>angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?</i>	ja
nein	<i>Immundefekte?</i>	ja
nein	<i>Hüftdysplasie oder Kinder, die eine Spreizhose getragen haben?</i>	ja
nein	Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	ja
nein	Sind Sie als Mutter (oder Vater) alleinerziehend?	ja
nein	Leben Sie selbst in einer betreuten Einrichtung?	ja
nein	Sind Sie als Mutter und/oder Vater Allergiker?	ja
	Wie ernähren Sie Ihr Kind?	
ja	<i>Stillen Sie Ihr Kind voll?</i>	nein
	<i>Wenn ja, wie oft?: _____ mal am Tag/pro 24 Stunden.</i>	
	<i>Wenn nein, was füttern Sie alternativ/ergänzend?: _____.</i>	
	<i>Wie oft?: _____ mal am Tag/pro 24 Stunden.</i>	

Bitte Rückseite beachten!

	Checklisten und Formulare 06-48 Fragebogen U3	epa 2010 Ausgabe 1 Seite 2 von 2
---	--	--

Wie ist die Stuhlfarbe ihres Kindes?
(Bitte tragen Sie die Nummer ein, die der Farbe am nächsten kommt.)

Mein / Unser Baby kann ...		
Grobmotorik		
ja	...seinen Kopf in schwebender Bauchlage für wenigstens drei Sekunden halten.	nein
ja	...seinen Kopf in Rückenlage für zehn Sekunden in Mittelstellung halten.	nein
Feinmotorik		
ja	...seine Hände spontan öffnen (häufiger sind die Hände noch eher geschlossen).	nein
Wahrnehmung / Kognitive Entwicklung		
ja	...mit den Augen einem Gesicht/Gegenstand nach beiden Seiten bis mind. 45 Grad folgen.	nein
Soziale / emotionale Kompetenz		
ja	...aufmerksam auf nahe Gesichter von Mama/Papa/nächster Bindungspersonen schauen.	nein