



Elternfragebogen U2 und U3

Liebe Eltern, bitte füllen Sie den Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung aus. Dies hilft uns in der knapp bemessenen Zeit auf eventuell bestehende Probleme oder Fragen besser einzugehen. Vielen Dank!

Allgemeine Angaben

Name des Kindes

Geburtsdatum

Geschlecht ☐ Männlich ☐ Weiblich

Adresse

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten

Mutter

Vater

ggf. Vormund

Sorgerecht ☐ Alleinige Sorge hat

☐ Gemeinsame Sorge

Hat Ihr Kind Geschwister?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Namen und das Geburtsdatum an.

Familienanamnese

Gab es behandlungsbedürftige Hyperbilirubinämien (ABO/Rh-Inkomp.)?

☐ Ja ☐ Nein

Gibt es in der Familie Immundefekte?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Erkrankungen von Organsystemen, insbes. des Hör- & Sehvermögens, bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Gibt es in der Familie gehäuft Hüftdysplasien?

☐ Ja ☐ Nein

Traten in der Familie Fälle des plötzlichen Kindstods auf?

☐ Ja ☐ Nein

Schwangerschaft

Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

☐ Mehrlingsschwangerschaft

☐ akute/chronische Erkrankung der Mutter, insb. Infektionen

☐ Gestationsdiabetes

☐ Medikamenteneinnahme

☐ Abusus (Zigaretten, Alkohol, Drogen)

Wurde eine pränatale Feindiagnostik durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, gab es Auffälligkeiten? Bitte angeben:



Geburt und die ersten Tage

Bitte machen Sie hier Ihre Angaben (entnehmen Sie die Informationen gerne dem gelben Heft):

Schwangerschaftswoche	_____SSW
Geburtsmodus (spontan, Kaiserschnitt)	_____
Kindslage (Beckenendlage, Schädellage)	_____
Geburtsgewicht in g	_____
Körperlänge in cm	_____
Kopfumfang in cm	_____
Anpassungsschwierigkeiten/Komplikationen	_____
Zeitpunkt des Mekoniumabgangs („Kindspech“):	_____
Stuhlauffälligkeiten (Stuhlfarbkarte z. B. entfärbter Stuhl)	_____
Ernährung (Stillen, Pre, Spezialnahrung, Mahlzeiten usw.)	_____

Haben Sie Trink-oder Schluckschwierigkeiten bemerkt?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Atemprobleme oder Krämpfe bemerkt?	☐ Ja ☐ Nein
Wurde das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt?	☐ Ja ☐ Nein
Wurde das Neugeborenen-Stoffwechselscreening durchgeführt?	☐ Ja ☐ Nein
Wurde bereits eine Hüft-Ultraschall-Untersuchung durchgeführt?	☐ Ja ☐ Nein
Wird bereits eine Vitamin-D-Prophylaxe durchgeführt (ab 10. Lebenstag)?	☐ Ja ☐ Nein
Können Sie Ihr Kind beruhigen, wenn es schreit?	☐ Ja ☐ Nein
Fühlen Sie sich häufiger niedergeschlagen oder überfordert?	☐ Ja ☐ Nein
Werden Sie durch Familie und/oder Freunde unterstützt?	☐ Ja ☐ Nein
Erhalten Sie weitere Hilfen (z. B. Familienhilfe/Jugendamt)?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wer betreut Sie?	

Haben Sie eine Hebamme?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wer betreut Sie?	

Gibt es Themen/Probleme, die Sie besprechen möchten?

Datum _____ Unterschrift _____