

Elternfragebogen zur U3

Name des Kindes:

geboren:

E-Mail:

Telefonnummer:

Datum, an dem der Bogen ausgefüllt wurde:

Bogen ausgefüllt von:

Name der Mutter

Beruf:

Name des Vaters

Beruf

Angaben zur Schwangerschaft

Anzahl der Schwangerschaften:

Anzahl der Geburten:

Bitte Zutreffendes Ankreuzen:

Krankheiten in der Familie:

Ja

Nein

Allergien (allerg. Schnupfen, Asthma bronchiale, Neurodermitis)

Wenn ja: welche?

schwere Sehstörung

schwere Hörstörung

Epilepsie (Krampfleiden)

Stoffwechselstörung (z.B. Diabetes mell.)

Wenn ja: welche?

Ja

Nein

Gibt es Schwierigkeiten beim Stillen oder Füttern?

Falls ja: welche

Ist ihr Kind ungewöhnlich ruhig?

Zuckt es ohne Grund zusammen?

Nimmt es schon Blickkontakt mit Ihnen auf?

Lässt sich Ihr Kind auf dem Arm beruhigen, wenn es schreit?

Nehmen Sie sich im Alltag genügend Ruhepausen?

Fühlen sie sich erschöpft und niedergeschlagen?

Gibt es außer Ihnen andere wichtige Betreuungspersonen?



Darüber freue ich mich besonders:

Das macht mir Sorgen:

Meine Fragen: