

## Fragebogen zur U2

Liebe Eltern,

um die Vorsorgeuntersuchungen nach den Inhalten der aktuellen Kinderrichtlinie bei Ihrem Kind möglichst effektiv durchführen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vorab auszufüllen und zur Untersuchung mitzubringen. So ist es uns möglich, eine große Anzahl an Themen zur Entwicklung ihres Kindes in angemessener Zeit zu erfragen und uns auf die Themen zu konzentrieren, die Ihnen wirklich wichtig sind!

**Sollte etwas zutreffen, kreuzen Sie diesen Punkt bitte an und machen evtl. nähere Angaben:**

**Name:**

**Vorname:**

**Sie sind insgesamt zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung ihres Kindes**

**Sind in der Familie bekannt:**

- angeborene oder vererbte Augenerkrankungen
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen
- angeborene Abwehrschwäche
- angeborene Hüfterkrankung
- Blutgruppen-Unverträglichkeit
- behandelte Neugeborenen-Gelbsucht beim Geschwisterkind

**Ihr Baby hatte oder hat seit der U1:**

- Erkrankungen od. Operationen durchgemacht
- Schwierigkeiten beim Trinken
- auffällige Stuhlfarbe (nach der Farbtafel)
- auffälliges Schreien

**Bei Ihrem Baby wurden durchgeführt:**

- Vitamin K-Gabe bei U1
- Ultraschall der Hüften
- Computer-Hörtest (OAE)
- Fersenblut-Untersuchung (auch auf Mukoviszidose)

**Sie fühlen sich im Moment:**

- gut und ausreichend betreut (durch Familie, Hebamme usw.)
- als Familie ohne besondere Belastung

**Ihr Baby kann:**

- in Bauchlage den Kopf kurz heben und drehen
- in Rückenlage den Kopf 10 Sekunden in der Mitte halten
- in Rückenlage mit den Augen einem Gegenstand nach rechts und links jeweils bis 45 Grad folgen
- seine Hände schon mal öffnen

**Ihr Baby:**

- ist in Ihrer Anwesenheit meistens zufrieden und ausgeglichen
- bleibt/ wird zufrieden und ausgeglichen, wenn Sie es ansprechen oder auf den Arm nehmen
- lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von Ihnen beruhigen
- reagiert beidseits auf Fingerschnalzen in 20 cm Entfernung vom Ohr
- reagiert auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung

**Bitte umdrehen!**

Ausgefüllt am:

von:

**Gibt es andere Erkrankungen die familiär gehäuft auftreten?**

---

**Was bekommt ihr Kind für Nahrung?**

- wird voll gestillt
- wird gestillt und zugefüttert (mit: \_\_\_\_\_)
- bekommt Pre-Milch
- Andere: \_\_\_\_\_

**Geschwisterzahl:**

0 1 2 3 4 5

Ausgefüllt am:

von: