

Elternfragebogen U3

Name des Kindes

Alter

**Zur Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihrer Kinderärztin.
Am besten beantworten Sie die Fragen kurz vor dem Arzttermin (bitte ankreuzen):**

Fühlen Sie sich selbst und mit dem Kind wohl?
Wenn nein, warum nicht? Ja Nein

Haben Sie Fragen zum stillen oder zum füttern?
Falls ja, welche? Ja Nein

Gönnen Sie sich auch mal eine Ruhepause? Ja Nein

Gibt es neben Ihnen noch andere Betreuungspersonen für das Kind? Ja Nein

Trinkt Ihr Kind regelmäßig und zügig? Ja Nein

Hat Ihr Kind an Gewicht zugenommen? Ja Nein

Gibt ihr Kind seufzende Laute von sich, wenn es zufrieden und satt ist? Ja Nein

Schläft Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten? Ja Nein

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind viel schreit? Ja Nein

Lässt Ihr Kind sich beruhigen wenn es schreit? Ja Nein

Reagiert Ihr Kind wenn plötzlich laute Geräusche auftreten (z.B. Schreien, Lächeln, ruckartiges Schließen und Öffnen der Augen)? Ja Nein

Reagiert Ihr Kind auf Zuspruch von der Seite der Eltern? Ja Nein

Lauscht Ihr Kind auf Fingerschnalzen und/oder

Rascheln mit Seidenpapier im Abstand von ca. 20cm zum Ohr?

Ja Nein

Sucht Ihr Kind mit Augenbewegungen nach der Herkunft vertrauter Geräusche?

Ja Nein

Wurde schon ein automatischer Hörtest bei Ihrem Kind durchgeführt?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind Blickkontakt auf?

Ja Nein



Ich freue mich über...



Ich fühle mich unsicher mit...



Ich habe Fragen zu...

INFO

U3: Vierte bis sechste Lebenswoche.

Kontrolle der Körperhaltung des Babys; Ultraschalluntersuchung, um zu überprüfen ob eine Fehlstellung im Hüftgelenk vorliegt, Erhebung von Körpergewicht, Körperlänge sowie Kopfumfang des Kindes