

# Fragebogen U2



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 Fehlsichtigkeit)?</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>	

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

Die Stuhlfarbenkarte erhalten Sie bei Ihrem Vorsorgetermin in unserer Praxis