



Fragebogen Vorsorgeuntersuchung U3

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kinds

Datum von heute

Sind in der Familie bekannt ...

- angeborene oder vererbare Augenerkrankungen
- angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildung
- angeborene Abwehrschwäche
- angeborene Hüfterkrankungen
- Blutgruppen-Unverträglichkeit
- bahandelte Neugeborenen-Gelbsucht beim Geschwisterkind

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Ihr Baby hatte oder hat seit der U2 ...

- Erkrankungen oder Operationen durchgemacht
- Schwierigkeiten beim Trinken
- auffällige Stuhfarbe (nach der Farbtafel)
- auffälliges Schreien

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Bei Ihrem Baby wurde durchgeführt...

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

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Sie fühlen sich im Moment ...

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

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Ihr Baby kann...

- in Bauchlage den Kopf 5 Sekunden hochhalten
- in Rückenlage den Kopf 10 Sekunden in der Mitte halten
- in Rückenlage mit den Augen einem Gegenstand nach rechts u. links bis 45° folgen
- seine Hände immer wieder mal ganz öffnen
- aufmerksam Ihr Gesicht aus der Nähe anschauen

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Ihr Baby...

- ist in Ihrer Anwesenheit zufrieden und ausgeglichen
- bleibt zufrieden und ausgeglichen, wenn Sie es ansprechen oder auf den Arm nehmen
- reagiert mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt, 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
- sucht mit den Augen nach der Herkunft bekannter Geräusche
- beginnt, gelegentlich zu lallen

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Sie sind zufrieden mit seinem Verhalten oder seiner Entwicklung?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------