

Fragebogen U3 (4.-8. Lebenswoche)



Dr. med. Norbert Knieß
Kinder- und Jugendarzt
Akupunktur

Nürnberg Str. 34
85055 Ingolstadt
Tel.: 0841-8819 5500
www.kinderarzt-kniess-ingolstadt.de

Liebe Eltern,
bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus, damit wir wichtige Themen
gemeinsam besprechen können.

Familienname d. Kindes: _____ Vorname: _____
geboren am: _____ Geschlecht: weiblich männlich

- | | Ja: | Nein: |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Werden Sie von einer Hebamme betreut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verlief die Schwangerschaft komplikationsfrei?
Komplikationen: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gab es Probleme bei oder nach der Geburt?
Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird Ihr Kind gestillt?
Wenn nein, welche Säuglingsnahrung füttern Sie?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinkt Ihr Kind gut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schaut Ihr Kind sie aufmerksam an? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lässt sich Ihr Kind beruhigen, wenn es schreit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlen Sie sich als Eltern glücklich und zufrieden?
Wenn nein, was belastet Sie? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Würden Sie sich mehr Hilfe und Unterstützung
wünschen (z.B. durch die „Frühen Hilfen“)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bereitet Ihnen etwas anderes Sorgen?
Wenn Ja: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es in Ihren Familien Augenerkrankungen,
Hörstörungen, Immundefekte oder Hüftdysplasie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |