



Fragebogen zur U2

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

ausgefüllt am:

von:

Gibt es in Ihrer Familie...	ja	nein
angeborene oder vererbare Augenerkrankungen?		
angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?		
Immundefekte (Abwehrschwäche)?		
Nierenerkrankungen?		
Hüftdysplasie oder Kinder, die eine Spreizhose getragen haben?		
Allergien?		
behandelte Neugeborenen-Gelbsucht beim Geschwisterkind?		
Gab es Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder Krankheiten in der Schwangerschaft?		
Schwangerschaftsdiabetes oder Diabetes mellitus der Mutter?		
Regelmäßige Medikamenteneinnahme / Grunderkrankung der Mutter?		
Akute oder chronische Infektionen während der Schwangerschaft?		
Nachweis von B-Streptokokken bei der Mutter?		
Auffälliger Antikörper-Suchtest bei der Mutter?		
Rauchen während der Schwangerschaft? Zigaretten/Tag:		
Regelmäßiger Konsum von Alkohole oder anderen Substanzen?		
Besondere psychische oder soziale Belastungen während der Schwangerschaft?		
Gab es Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?		
Geburt per Kaiserschnitt?		
Geburt per Zange oder Saugglocke?		
Geburt aus Beckenendlage?		
Andere Probleme?		
Gab oder gibt es bei Ihrem Baby bisher...		
schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle?		
Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?		
auffälliges Schreien?		
Wie ernähren Sie Ihr Baby?	nein	ja
Es wird voll gestillt. Etwa x/Tag		
Es erhält zusätzlich () oder ausschließlich () Formulanahrung (Flasche). Etwa x/Tag ml.		
Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Babys?		
Haben Sie Unterstützung zu Hause?		
Haben Sie eine Hebamme?		

Bitte beurteilen Sie die Stuhlfarbe Ihres Kindes:

