

## Patientenanamnesebogen U3

### Familienanamnese

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei:  Beiden Eltern oder bei  \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter:  Beide Eltern  Mutter  Vater  anderer

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Hauptversicherte Person:  Mutter  Vater

Sind die Eltern  verheiratet  zusammen lebend  getrennt lebend  geschieden

### Geschwister:

weiblich  männlich Alter: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich Alter: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich Alter: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich Alter: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen in der Familie:

(z.B. Asthma bronchiale, Allergie, Ekzem/ Neurodermitis, Heuschnupfen, Herzfehler, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Epilepsie, Rheuma, Zöliakie, Schuppenflechte, Hüfterkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Sehstörungen, Brillenträger) **Wenn ja, wer?**

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

**Auffälligkeiten in der Schwangerschaft:**  ja  nein

Welche?: \_\_\_\_\_

**Auffälligkeiten während oder nach der Geburt:**  ja  nein

Welche?: \_\_\_\_\_

---

**Geburtsgewicht:** \_\_\_\_\_ **Größe:** \_\_\_\_\_ **Kopfumfang:** \_\_\_\_\_

**Gestationsalter:** : \_\_\_\_\_ **SSW** **Geburtsart:** \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind sofort geschrien?  nein  ja

APGAR-Werte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NapH-Wert: \_\_\_\_\_

Hörtest (TOAE / AABR) auffällig?  nein  ja

NG-Screening auffällig?  nein  ja

Musste Ihr Kind nach der Geburt besonders betreut werden?  nein  ja

Musste Ihr Kind in die Kinderklinik verlegt werden?  nein  ja

Wenn ja, in welche? \_\_\_\_\_

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf, wie z.B.

Infektionen (Erreger: \_\_\_\_\_)

Krampfanfälle

vermehrtes Schreien

Schlafstörungen

Ernährungsstörungen / Gedeihstörungen

sonstige \_\_\_\_\_

**Neugeborenenengelbsucht:**

leicht  mittel  stark  nein

**Ultraschall der Hüften:**

unauffällig  Therapie  Kontrolle

**Vitamin D Prophylaxe:**  D-Fluorette  Vigantoletten  Vigantöl  Nein

Die Vitamin D Prophylaxe sollte in den ersten 12 bzw. 18 Lebensmonaten durchgeführt werden. Rezepte sind jederzeit an der Anmeldung erhältlich.

**Mit welcher Nahrung wird das Kind ernährt?**

Muttermilch  Pre-Nahrung  „1er“-Nahrung  HA-Nahrung  sonstiges \_\_\_\_\_

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen.

Ausgefüllt von  Mutter  Vater

Datum und Unterschrift:

### Elternfragebogen U3

Name Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung auf die geplante Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes bitten wir Sie den folgenden Fragenbogen auszufüllen. Er dient zur besseren Beurteilung der Entwicklung Ihres Kindes. Während des Vorsorgetermins haben Sie Gelegenheit weitere, darüber hinausgehende Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

#### Fragen zur Feststellung der Hörfähigkeit:

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Zeigt Ihr Kind ein verändertes Verhalten (z.B.: Schreien, Lächeln, ruckartiges Schließen und Öffnen der Augen), wenn plötzlich laute Geräusche auftreten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Reagiert Ihr Kind auf Zuspruch von Seiten der Eltern?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lauscht Ihr Kind auf Fingerschnalzen und / oder Rascheln mit Seidenpapier im Abstand von ca. 20 cm zum Ohr?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sucht Ihr Kind mit Augenbewegungen nach der Herkunft vertrauter Geräusche?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beginnt Ihr Kind gelegentlich zu lallen/lautieren?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

[aus: Feststellung der Hörfähigkeit - Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschland e.V.]

#### Elternfragebogen zur Verhaltensregulation Ihres Kindes (nach Mechthild Papoušek) U3

|   | nie | gelegentlich | oft | dies macht mir Sorgen | ich wünsche dafür fachkundige Beratung |
|---|-----|--------------|-----|-----------------------|--|
| <b>Mein Baby...</b>   |     |              |     |                       |  |
| ... schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund.  |     |              |     |                       |  |
| ... lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif, schmiegt sich nicht an.   |     |              |     |                       |  |
| ... ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf.  |     |              |     |                       |  |
| ... lässt sich keinen Moment ablegen.   |     |              |     |                       |  |
| ... verweigert die Brust / die Flasche.   |     |              |     |                       |  |
| ... ist extrem irritierbar.   |     |              |     |                       |  |
| ... ist extrem ablenkbar (z.B. beim Füttern).   |     |              |     |                       |  |
| <b>Familiäre Situation</b>  |     |              |     |                       |  |
| Mir bleibt kein Moment zum Duschen und Essen.   |     |              |     |                       |  |
| In meiner Familie gibt es niemand, der mich wenigstens stundenweise entlastet.  |     |              |     |                       |  |
| Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen.   |     |              |     |                       |  |
| Die Nerven liegen blank.  |     |              |     |                       |  |
| Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby.  |     |              |     |                       |  |
| Ich habe Angst, als Mutter zu versagen.   |     |              |     |                       |  |
| Das Problem belastet die Partnerschaft  |     |              |     |                       |  |
| Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen.  |     |              |     |                       |  |
| Das Schreien meines Babies ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut. |     |              |     |                       |  |

Ausgefüllt von:  Mutter  Vater

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_