



Elternfragebogen zur U4

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Umfeld des Kindes

Gibt es Umstände, die Ihr Familienleben belasten?

Nein Ja, folgende:

Erkrankungen und Befinden der Eltern

Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos gefühlt?[1]

Nein Ja

Haben Sie im letzten Monat oft wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten gehabt? [1]

Nein Ja

Familiäre Erkrankungen

Sind in der Familie beider Eltern Augenerkrankungen (z. B. Hornhautverkrümmung, Kurz- oder Weitsichtigkeit, erbliche Augenkrankheit), angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen, Immundefekte, Hüftdysplasie, Allergien, Asthma, Neurodermitis, Anfallsleiden oder Stoffwechselstörungen bekannt?

Nein Ja, folgende:

Erkrankungen des Kindes

Kam es seit der letzten Vorsorgeuntersuchung zu schwerwiegenden Erkrankungen oder Operationen?

Nein Ja, zu folgenden:

Ernährung und Verdauung

Wie ernähren Sie Ihr Kind?

- Muttermilch Formelnahrung (Pre, Pre HA)

Hat ihr Kind Schwierigkeiten beim Trinken (z.B. schwaches Saugen, Trinkdauer > 30 Min., Schluckprobleme)

- Nein Ja, folgende:

Setzt Ihr Kind regelmäßig Stuhlgang und Urin ab?

- Ja Nein

Welche Rachitisprophylaxe (Vitamin D) und Kariesprophylaxe (Fluorid) erhält Ihr Kind?

- Vitamin D + Fluorid als Tablette sonstige

Verhalten, Interaktion und Kommunikation

Schaut Ihr Baby Ihrem Gesicht oder einem Gegenstand bei Bewegung von einer Seite auf die andere komplett um 180° nach?[2]

- Ja Nein

Versucht Ihr Baby durch Drehen des Kopfes Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen?[3]

- Ja Nein

Freut sich Ihr Baby über Zuwendung und erwidert Ihr Lächeln („soziales Lächeln“)?[2, 3]

- Ja Nein

Können Sie Ihr Kind beruhigen wenn es schreit?

- Ja Nein

Macht Ihr Kind Töne wie ooo oder aaa?[2]

- Ja Nein

Macht Ihr Baby fröhliche, aufgeregte, lachende oder hochfrequent quitschende Laute?[2]

- Ja Nein

Betrachtet Ihr Baby seine Hände für mindestens 5 Sekunden am Stück?[2]

- Ja Nein

Körpermotorik

Bewegt Ihr Baby in Rückenlage beide Arme und Beine kräftig in gleichem Umfang?[2]

- Ja Nein

Sehen diese Bewegungen flüssig und harmonisch aus? Kommt es zu vielfältigen Bewegungsmustern, bei denen Ihr Kind Arme und Beine mit wechselnden Geschwindigkeiten unterschiedlich weit vom Körper wegstreckt?[4]

- Ja Nein

Kann Ihr Baby in Bauchlage seinen Kopf um mindestens 45° heben, wie auf diesem Bild gezeigt? [2]



Ja Nein

Kann Ihr Baby in Bauchlage seinen Kopf um mindestens 90° heben, wie auf diesem Bild gezeigt? [2]



Ja Nein

Versucht Ihr Baby zu stehen oder Gewicht auf die Beine aufzunehmen, wenn sie es unter den Achseln halten und auf eine Unterlage stellen?[2]

Ja Nein

Feinmotorik

Führt Ihr Kind seine Hände zum Mund? [3]

Ja Nein

Öffnet Ihr Baby beide Hände? [4]

Ja Nein

Führt Ihr Baby Drehbewegungen der Hände aus? [4]

Ja Nein

Führt Ihr Baby verschiedene Fingerbewegungen durch? [4]

Ja Nein

Spielt Ihr Kind mit seinen Händen, indem es sie gegenseitig betastet? [2]

Ja Nein

Sind sie insgesamt zufrieden mit der Entwicklung Ihres Kindes?

Ja Nein, denn:

Zu welchen Themen haben Sie Fragen oder Beratungsbedarf?

Literatur

1. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine* 1997; 12: 439–445
2. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics* 1992; 89: 91–97
3. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)
4. Einspieler C, Prechtl, Heinz F R. Prechtl's assessment of general movements: a diagnostic tool for the functional assessment of the young nervous system. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2005; 11: 61–67