

**Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U2**

Name / Geb.Datum: .....

	Gab es Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder Krankheiten in der Schwangerschaft?	
<b>nein</b>	• Schwangerschaftsdiabetes oder Diabetes mellitus der Mutter?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Regelmäßige Medikamenteneinnahme / Grunderkrankung der Mutter?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Akute oder chronische Infektionen während der Schwangerschaft?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Nachweis von B-Streptokokken bei der Mutter?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Auffälliger Antikörper-Suchtest bei der Mutter?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Regelmäßiger Konsum von Zigaretten, Alkohol oder anderen Substanzen?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Besondere psychische oder soziale Belastungen?	<b>ja</b>
	Gab es Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?	
<b>nein</b>	• Geburt aus Beckenendlage?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Andere Probleme?	<b>ja</b>
	Gab/gibt es bei Ihrem Kind bisher...	
<b>nein</b>	• schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• auffälliges Schreien?	<b>ja</b>
	Gibt es in Ihren Familien...	
<b>nein</b>	• Augenerkrankungen (z.B. Kindlichen grauen Star, Schielen, erhebliche Fehlsichtigkeiten)?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Immundefekte?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	• Hüftdysplasie oder Kinder, die eine Spreizhose getragen haben?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	Gibt es besondere Belastungen in der Familie?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	Sind Sie als Mutter (oder Vater) alleinerziehend?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	Leben Sie selbst in einer betreuten Einrichtung?	<b>ja</b>
<b>nein</b>	Sind Sie als Mutter und/oder Vater Allergiker?	<b>ja</b>
	Wie ernähren Sie Ihr Kind?	
<b>ja</b>	⑩ Stillen Sie Ihr Kind voll?	<b>nein</b>
	⑩ Wenn ja, wie oft?: _____ mal am Tag/pro 24 Stunden.	
	⑩ Wenn nein, was füttern Sie alternativ/ergänzend?: _____.	
	⑩ Wie oft?: _____ mal am Tag/pro 24 Stunden.	