

Name: _____ Geburtsdatum: _____

	nein	ja	
Gab es Schwierigkeiten in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?	☐	☐	Schw
Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente genommen? Wenn ja, welche?	☐	☐	Med
Gab es Schwierigkeiten bei der Entbindung? Wenn ja, welche?	☐	☐	Geb
Gab es Schwierigkeiten beim Kind nach der Geburt? Musste es behandelt werden? Wenn ja, welche?	☐	☐	Erkr
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Heuschnupfen, Allergien, Asthma oder Neurodermitis? Wenn ja, wer? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister Ihres Kindes	☐	☐	Atopie
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einem angeborenen Hüftschaden/Spreizhose? Wenn ja, wer? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister Ihres Kindes	☐	☐	Hüfte
Wurde Ihr Kind aus Beckenendlage oder Steißlage geboren?	☐	☐	Hüfte
Wurde bei Ihrem Kind eine Fußfehlstellung festgestellt?	☐	☐	Hüfte
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer angeborenen Augenerkrankung (z. B. Katarakt (grauer Star), Glaukom (grüner Star), Netzhauttumor)?	☐	☐	Ambly
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer vererbbaeren Erkrankung? Wenn ja, wer/welche?	☐	☐	Erbkr
Raucht jemand in Ihrer Familie?	☐	☐	Rauch
Haben Sie Sorgen wegen der Gesundheit oder dem Verhalten Ihres Kindes? Wenn ja, was macht Ihnen Sorgen?	☐	☐	Ges Verh
Haben Sie Sorgen wegen ihrer familiären Situation? Wenn ja, welche?	☐	☐	Fam

Fragen an die Mutter

	nein	ja
Es gibt niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet?	☐	☐
Fühlten Sie sich in den Tagen seit der Geburt häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	☐	☐
Hatten Sie seit der Geburt deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	☐	☐
Mein Baby schreit sehr oft und lässt sich nur schwer beruhigen	☐	☐
Alkoholgenuss (auch Bier/Wein) in der Schwangerschaft: ☐ Nie ☐ selten ☐ gelegentlich		
Wurden Sie in der Schwangerschaft geimpft? ☐ Grippe (Influenza) ☐ Keuchhusten ☐ RS-Viren	☐	☐
Ernährung während der Schwangerschaft: ☐ Mischkost ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ spezielle Diät: _____		