

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorerkrankungen

	nein	ja	
Gab es seit der U4 bei Ihrem Kind ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle? Wenn ja, welche?	☐	☐	GBA
Gab es seit der U4 schwere, ungewöhnliche oder häufige Infektionen?	☐	☐	GBA

	ja	nein	
Sehen Mutter, Vater und Geschwister Ihres Kindes gut?	☐	☐	Ambly (H>2, M>10, As>3, Am)
Sind Sie mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden?	☐	☐	
Dreht sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken, oder umgekehrt?	☐	☐	Gm.
Greift es nach seinen Zehen und spielt es damit?	☐	☐	Fm./Per.
Reagiert es, wenn Sie es rufen?	☐	☐	Spr
Reagiert Ihr Kind auf Musik aus Radio, Fernseher, CD-Player, etc.?	☐	☐	Hören
Benutzt es seine Stimme, um auf sich aufmerksam zu machen?	☐	☐	Hören
Plappert oder brabbelt Ihr Kind bereits mehrere verständliche Laute und befinden sich hierunter welche mit mehr als einer Silbe – z.B. dadada oder ähnliches?	☐	☐	Hören
Zeigt Ihr Kind eine deutliche Unruhe beim Auftreten unbekannter Geräusche?	☐	☐	Hören
Beachtet Ihr Kind die Unterhaltungen anderer Personen?	☐	☐	Hören
Reagiert Ihr Kind auf Geräusche außerhalb des Raumes, in dem es sich gerade befindet?	☐	☐	Hören
Freut es sich über andere Kinder?	☐	☐	Soz/Emo
Können Sie es zum Lachen bringen?	☐	☐	Soz/Bin
Beobachtet es auf Ihrem Arm die nähere Umgebung?	☐	☐	Selb
Schreit es nur noch gelegentlich und lässt sich innerhalb von 30 Minuten beruhigen?	☐	☐	Emo
Schläft es meistens innerhalb von 30 Minuten ein?	☐	☐	Regul.
Klappt das Füttern gut?	☐	☐	Regul.
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie gleich geblieben?	☐	☐	Fam
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?	☐	☐	Fam
Gibt es jemanden, der Sie wenigstens stundenweise entlasten kann?	☐	☐	Ress.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Mein Baby* ...**fast nie****häufig****fast immer**

... ist ständig unruhig und unzufrieden	☐	☐	☐
... schreit heftig, sobald ihm etwas nicht passt	☐	☐	☐
... setzt mich mit seinem Schreien unter Druck	☐	☐	☐
... wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (> 30 Min) zum Einschlafen	☐	☐	☐
... schläft tagsüber nur kurz und unregelmäßig	☐	☐	☐
... fordert ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung	☐	☐	☐
... will ständig herumgetragen werden	☐	☐	☐
... kann sich nicht alleine beschäftigen	☐	☐	☐
... erträgt keine körperliche Einschränkung	☐	☐	☐
... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an	☐	☐	☐
... vermeidet den Blickkontakt	☐	☐	☐
... braucht mehr als 45 Minuten für seine Mahlzeiten	☐	☐	☐
... isst nur mit Ablenkung	☐	☐	☐
... isst/trinkt nur mit Druck und Zwang	☐	☐	☐
... wehrt Füttern mit dem Löffel ab	☐	☐	☐
... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, fremde Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug	☐	☐	☐
... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe	☐	☐	☐
... manipuliert mich total mit seinem Schreien	☐	☐	☐

Familiäre Situation*:**fast nie****häufig****fast immer**

In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet	☐	☐	☐
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen	☐	☐	☐
Die Nerven liegen blank	☐	☐	☐
Mein Baby ist mir im Wesen fremd	☐	☐	☐
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen	☐	☐	☐
Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin	☐	☐	☐
Ich plage mich mit der Angst, mein Baby sei hyperaktiv	☐	☐	☐
Die Probleme belasten die Partnerschaft	☐	☐	☐

*nach M. Papousek