

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorerkrankungen

	nein	ja	
Gab es seit der U5 bei Ihrem Kind ernste Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle?	☐	☐	GBA
Wenn ja, welche?			
Gab es seit der U5 schwere, ungewöhnliche oder häufige Infektionen?	☐	☐	GBA
Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?	☐	☐	GBA

	ja	nein	
Sind Sie mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden?	☐	☐	
Zieht Ihr Kind sich zum Stehen hoch und steht für einige Sekunden?	☐	☐	GBA
Geht Ihr Kind an Möbeln entlang?	☐	☐	Gm.
Blättert es eine Seite um?	☐	☐	Fm.
Macht es „winke-winke“ oder „bitte-bitte“?	☐	☐	Soz
Sagt es zu Ihnen Mama/Papa?	☐	☐	Spr
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut hört?	☐	☐	Hör
Dreht Ihr Kind den Kopf in die Richtung, aus der ein leises Geräusch (z. B. Musik) kommt?	☐	☐	Hör
Versteht Ihr Kind ausgesprochene Verbote (z.B. „Nein!“, „Halt“ usw.)?	☐	☐	Hör
Folgt Ihr Kind einer Aufforderung, etwas zu tun?	☐	☐	Hör
Plappert Ihr Kind zufrieden vor sich hin, wenn es sich allein im Raum befindet?	☐	☐	Hör
Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es leise mit seinem Namen ansprechen?	☐	☐	Hör, Aut
Schauen Sie regelmäßig Bilderbücher mit Ihrem Kind an?	☐	☐	Spr
Bewegt es sich rhythmisch zu Musik oder Liedern?	☐	☐	Spr
Freut es sich über andere Kinder?	☐	☐	Soz.
Freut es sich über Zuwendung (Blickkontakt, Streicheln, Schmusen)?	☐	☐	Soz.
Schaut es sich gerne im Spiegel an?	☐	☐	Ich
Trinkt es schon mit etwas Hilfe aus einer Tasse/einem Becher?	☐	☐	Selb.
Klappen die Mahlzeiten meist problemlos?	☐	☐	Regul.
Kann sich Ihr Kind schon kurz allein beschäftigen?	☐	☐	Regul.
Schläft es meist innerhalb von 30 Minuten ein?	☐	☐	Regul.
Wacht es in den meisten Nächten nur noch 2x (oder weniger) schreiend auf?	☐	☐	Regul.
Hat es mindestens 3x pro Woche schmerzfrei Stuhlgang?	☐	☐	Obstip.
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?	☐	☐	Fam
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie gleich geblieben?	☐	☐	Fam
Gibt es jemanden, der Sie wenigstens stundenweise entlastet?	☐	☐	Ress.
Wer betreut ihr Kind tagsüber?			
☐ Mutter ☐ Vater ☐ Großeltern ☐ Tagesmutter ☐ Kinderkrippe ☐ _____			

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
- ... ist ständig müde, überreizt, unausgeschlafen
- ... wacht nachts mehr als zweimal schreiend auf und
verlangt vielerlei Einschlafhilfen
- ... fordert ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung
- ... kann sich nicht allein beschäftigen, hat keine Lust zu
spielen, Spielzeuge sind rasch langweilig
- ... schreit und kämpft beim Anziehen und Wickeln
- ... ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an
- ... vermeidet den Blickkontakt
- ... braucht mehr als 45 Minuten für sein Mahlzeiten
- ... isst nur mit Ablenkung
- ... isst/trinkt nur mit Druck und Zwang
- ... reagiert extrem ängstlich auf alles Neue, fremde
Umgebung, fremde Personen, neues Spielzeug
- ... schreit panisch, sobald ich aus dem Zimmer gehe

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

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 plage mich mit der Angst, mein Baby sei hyperaktiv
- Die Probleme belasten die Partnerschaft

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐