

## Elternfragebogen – Vorsorgeuntersuchung U3

(4. – 5. Woche)

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Vorname:**

**Datum:**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Bestanden schwerwiegende Erkrankung seit der Entbindung: (OP, Krampfanfall, Krankenhaus, schwere Infektionen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörung, keine altersentsprechende Ernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälliges Schreien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind blassen/farblosen Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenkrankheiten direkt nach Geburt in der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrfehlbildungen / Hörstörungen direkt nach Geburt in der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehrschwäche/Immundefekte in der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speineigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pullert im Strahl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf- und Schreiverhalten normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Nicht beobachtet</b>
<b>Soziale Kompetenz</b>			
Betrachtet nahe Gesichter aufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwidert Lächeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lächelt spontan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Feinmotorik</b>			
Gleichseitige/Symmetrische Bewegungen (Kopf in Mittellinie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgt mit Augen Gegenstand beidseits bis zur mindestens 45°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffnet Hände spontan, hält sie aber die meiste Zeit geschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sprache</b>			
Gibt Laute von sich (kein Schreien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert auf Geräusche (Glocke oder vergleichbare Geräusche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Grobmotorik</b>			
Hebt Kopf in schwebender Bauchlage für wenigstens 3 Sek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hält Kopf in Rückenlage für wenigstens 10 Sek. in Mittelstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Feststellung der Hörfähigkeit**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1. Zeigt Ihr Kind ein verändertes Verhalten (z. B. Schreien, Lächeln, ruckartiges Schließen und Öffnen der Augen) wenn plötzlich laute Geräusche auftreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reagiert Ihr Kind auf Zuspruch von der Seite der Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lauscht Ihr Kind auf Fingerschnalzen und/oder Rascheln von Seidenpapier im Abstand von ca. 20 cm zum Ohr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sucht Ihr Kind mit Augenbewegungen nach der Herkunft vertrauter Geräusche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Beginnt Ihr Kind gelegentlich zu lallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>