
Elternfragebogen für die Vorsorgeuntersuchung U2 (3.–10. Lebensjahr)

Liebe Eltern und Familien,
viele Verhaltensweisen eines Kindes lassen sich in einer kurzen Untersuchungssituation nicht beobachten. Dabei sind es aber oft gerade diese Verhaltensweisen, die Aufschluss über die Entwicklung des Kindes geben können. Neben der eigentlichen ärztlichen Untersuchung, besitzen daher die elterlichen Beobachtungen für die Gesamtbeurteilung der Entwicklung einen hohen Stellenwert.

Wir bitten sie daher den folgenden Elternfragebogen im Vorfeld der Vorsorgeuntersuchung zu beantworten und diesen, neben dem gelben Vorsorgeheft und dem Impfausweis, zum Vorsorgetermin mitzubringen.

Nicht alle Fragen müssen bzw. sollen bei einem normal entwickelten und gesunden Kind mit „Ja“ beantwortet werden, versuchen Sie den Fragebogen daher ehrlich und vollständig zu beantworten.

Die Fragebögen aller Vorsorgen stehen Ihnen auch zum vorigen Ausdruck auf unserer Homepage zur Verfügung („Links & Downloads“). Alle Angaben sind natürlich freiwillig, Fragen zu denen Sie keine Angaben machen möchten, lassen Sie einfach frei.

Name des Kindes: _____

Ernährung / Ausscheidung / Wachstum

Welche Milchform bekommt Ihr Kind?

- Muttermilch Pre-Milch 1er-Milch
 sonstige Milchform _____

Wie oft trinkt Ihr Kind am Tag? (h= Stunden)

- alle 0,5 h alle 1-2 h alle 2-3 h alle 3-4 h alle 4-5 h
 Sonstiges _____

Wie oft trinkt Ihr Kind in der Nacht?

- alle 0,5 h alle 1-2 h alle 2-3 h alle 3-4 h alle 4-5 h
 Sonstiges _____

Wie lange (gestillte Kinder) bzw. welche Menge (Flasche) trinkt Ihr Kind?

- Stilldauer gesamt 3-5 min 5-10 min 10-15 min 15-30 min
 Sonstiges _____

- Trinkmenge gesamt <30 ml 30-50 ml 50-70ml 70-100 ml >100ml
 Sonstiges _____

Erhält Ihr Kind eine tägliche Vitamin D Prophylaxe?

ja nein unklar

Präparat _____

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang? (T=Tag)

> 5 x/T 3-5 x/T 1-2 x/T 1x alle 1-2T 1x alle 2-3T <1x alle 3T

Sonstiges _____

Welche optische Qualität hat der Stuhlgang? (Mehrfachauswahl sinnvoll)

wässrig breiig schleimig pastös körnig fest kugelig

gelblich grünlich rötlich hell-gräulich sonstiges _____

Wie gestaltet sich der Gewichtsverlauf in den letzten Tagen/Wochen?

unklar nimmt ab hält Gewicht nimmt zu

sonstiges _____

Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind auf plötzl. Lichteinfall (Blendreaktion)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Fixiert Ihr Kind Lichtquellen mit dem Blick?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie vereinzelt Innen-Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie ein dauerhaftes Schielen (Innen- / Außen-)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie Augenzittern oder Abweichungen der Blickachse eines Auges?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind auf plötzliche, laute Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Reagiert Ihr Kind auf Ihre Stimme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Reagiert Ihr Kind auf leisere Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sprache / Kommunikation

		Ja	Nein
1.	Beobachten Sie ein kräftiges Schreien bei Hunger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie gelegentliche Lautbildung (Lallen, Gurren)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie unklare lange Schreiphasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorik

		Ja	Nein
1.	Beobachten Sie einen seitengleichen Bewegungsumfang der Extremitäten (Beine und Arme)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
2.	Beobachten Sie ein (kurzes) Anheben des Kopfes in Bauchlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie seitengleiche Kopfwendung zu beiden Seiten in Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie ein kurzes Anheben der Beine gegen die Schwerkraft in Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Beobachten Sie eine bevorzugte Kopfposition zu einer Seite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Beobachten Sie Zuckungen der Muskulatur / Extremitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Schläft Ihr Kind in Ihrer Abwesenheit in der Rückenlage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Schläft Ihr Kind in einem Babyschlafsack ohne Kissen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Befindet sich der Schlafplatz Ihres Kindes getrennt von Ihrem Bett in Ihrem Schlafzimmer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Problemfelder

Welche sonstigen Beobachtungen machen Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen?

- Keine
- folgende Beobachtungen:

In welchem Bereich der Versorgung Ihres Kindes fühlen Sie sich aktuell sehr stark gefordert oder sogar überfordert?

Fragebogen ausgefüllt am: _____, von _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam Beck

Impfschutz der Eltern & Kontaktpersonen zum Schutz Ihres Säuglings

Im Sinne Ihres jungen Säuglings / Neugeborenen sollten vor allem die Eltern, aber auch alle sonstigen regelmäßigen Kontaktpersonen, auf einen sicheren Impfschutz gegen folgende ansteckende Erkrankungen achten:

Impfschutz vorhanden ??

Pertussis (Keuchhusten)

Ja Nein / unklar

Ein ausreichender Schutz gegen Keuchhusten liegt vor, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.

Diphtherie

Ja Nein / unklar

Ein ausreichender Schutz gegen Diphtherie liegt vor, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.

Masern

Ja Nein / unklar

Sie gelten als geschützt gegen Masern, wenn Sie diese sicher durchgemacht haben, zwei Impfungen gegen Masern erfolgt sind oder Sie vor 1970 geboren wurden.

Varizellen (Windpocken)

Ja Nein / unklar

Sie gelten als geschützt gegen Windpocken, wenn Sie diese sicher durchgemacht haben oder zwei Impfungen gegen Windpocken erfolgt sind.

Influenza

keine Saison Ja Nein / unklar

Eltern junger Säuglinge / Neugeborener, sollten sich vor oder in der Influenzasaison mit dem jährlich aktualisierten Impfstoff impfen lassen. Eine dauerhafte Immunität wird nicht erworben.

Natürlich gibt es viele weitere sinnvolle Impfungen für Ihre Gesundheit. Erwähnt werden hier nur die wichtigsten impfpräventablen Erkrankungen, die im Falle einer Infektion Ihren jungen Säugling gefährden könnten.

Die **Praxis Beck** kann als hausärztliche Impfpraxis, neben den zu betreuenden Kindern & Jugendlichen, **auch die Eltern und sonstigen Kontaktpersonen jederzeit und vollumfänglich Impfen** (Schutzimpfungen nach STIKO & Reiseimpfungen).