

Name Kind	Geburtsdatum	Wieviele Kinder haben Sie?	Datum
-----------	--------------	----------------------------	-------

Während Ihrer Schwangerschaft

Hatten Sie Aborte? (wenn ja, wieviele?) j n

Eine ernste Erkrankung? (z.B. SS-Diabetes, Vergiftung)

Hatten Sie einen Unfall? (wenn ja, welcher Art)

Besonderen psychischen Stress? (Probleme mit Partner, Eltern, Todesfall, finanziellen) j n

Hatten Sie Übelkeit und Erbrechen? (wenn ja, wie lange?) j n

Hatten Sie genügend Fruchtwasser? j n

War das Kind in der Schwangerschaft aktiv? j n

Ab wann lag das Kind mit dem Kopf im Becken? (Schwangerschaftswoche)

Hatten Sie vorzeitige Wehen? (wenn ja, wie lange mussten Sie liegen?) j n

Bekamen Sie Wehen hemmende Medikamente? j n
 wie lange?
 welche?

Verlauf der Geburt

Dauer der Geburt? (nicht nur Presswehen) < 4 Std. 4-6 Std. 12-18 Std. >18 Std.

Hatten Sie eine Spontangeburt oder eingeleitete Geburt? Spontan Eingeleitet

War die Geburt Termingerecht? Termingerecht zu früh über Termin

Medikation während der Geburt? (PDA, Lachgas, Wehen leitende- oder Wehen hemmende Mittel, Antibiotika) j n

Befand sich das Kind während der Geburt im Stress? (Herztonabfall- oder zunahme) j n

Gab es eine der aufgeführten Komplikationen?
 geplanter Kaiserschnitt Notkaiserschnitt Zange
 Saugglocke Manuelle Hilfe durch Arzt /Hebamme
 Schlucken von Schwarzem Pech (Fruchtwasser)
 Nabelschnur um den Hals Ausschabung (Mutterkuchen)

Nach der Geburt

- Musste ihr Kind mit Sauerstoff versorgt werden? j n
- Hat Ihr Kind nach der Geburt direkt geschrien oder war es ruhig? j n
- Wurde das Kind direkt nach der Geburt auf die Brust gelegt? j n
- Wann wurde das Kind das erste mal gestillt?
- Musste Ihr Kind im Krankenhaus betreut werden? (Warum und wie lange?) Intensivstation
-
- Gab es direkt nach der Geburt Deformationen am Kopf u/o blaue Flecken? j n

Wochenbett

- Gibt es Probleme beim Stillen? (Flasche, Entzündungen der Brust, Milchmenge) j n
-
- Gibt es Koliken? j n
- Wie ist das Schlafverhalten? Tagsüber
- Nachts
- Ist das Kind sehr schreckhaft? (Geräusche) j n

Das erste Lebensjahr

- War das Kind häufig krank? (Erkältungen, Magen-Darm) j n
- Gab es Auffälligkeiten bei den U-Untersuchungen? j n
- Hat das Kind Impfungen bekommen? (gab es Reaktionen?) j n
- Hatte das Kind einen Unfall/Verletzung? (welche Verletzungen?) j n
- Wann kamen die ersten Zähne?
- Mit wie vielen Monaten konnte Ihr Kind:
- sich drehen
 - robben
 - krabbeln
 - sitzen
 - stehen
 - laufen
 - Treppen steigen

Anpassungsschwierigkeiten

Hat Ihr Kind häufig einen Teil der aufgenommenen Nahrung erbrochen? j n

Hatte es die sogenannten Drei-Monats-Koliken oder Allergien? j n
 [z.B. Milchunverträglichkeit - wenn ja, welche?]

.....

Leidet es unter Blähungen, Verstopfung oder Durchfällen? j n

Weinte es oft, ohne dass Sie genau wussten warum? j n

Hat oder hatte ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen? j n

Wie ist das Schlafverhalten des Kindes? Tagsüber

Nachts

Gesundheit

Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt an einem Organ? j n
 [z.B. Herzfehler - wenn ja, welche?]

.....

Hatte Ihr Kind eine Operation? j n

.....

Hatte Ihr Kind Kinderkrankheiten? j n

.....

Hatte Ihr Kind Infektionskrankheiten? j n

.....

Hatte Ihr Kind eine Mittelohrentzündung? j n

Mit Gabe eines Antibiotikums? j n

Mit Einsetzen von Röhrrchen? j n

Hatte Ihr Kind Blasen- bzw. Nierenerkrankungen? (wenn ja, wie oft?) j n

.....

Gab es mehr als fünfmal im Jahr eine Infektionen der Atemwege? j n

Hatte Ihr Kind einen Pseudokrapp Anfall? j n

Besteht eine familiäre Disposition zu Allergien? (wenn ja, welche?) j n

.....

Gesundheit

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? (wenn ja, welche?)

ja nein

Gibt es in Ihrer Familie schwere bzw. chronische Erkrankungen?
(z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma, MS oder Krebs - wenn ja, welche?)

ja nein

Gibt es bereits bestehende Therapien?
(z.B. Physiotherapie, Ergo., Logo., Frühförderung, etc - wenn ja, welche?)

ja nein

Sonstige Fragen

Haben wir eine Frage vergessen oder möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Angaben!