

# Elternfragebogen U4 (modifiziert nach Papoušek)

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung aus. Dies hilft uns auf bestehende Probleme besser einzugehen. Vielen Dank!

Mein Baby, Name.....

	Nie	Gelegentlich	Oft	Dies macht mir Sorgen	Ich wünsche dafür fachkundige Beratung
schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund.					
lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif					
ist extrem willensstark					
wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30Min) zum Einschlafen					
schläft tagsüber nur kurz und unregelmäßig					
fordert ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung					
schreit ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage					
kuschelt nicht, mag keine körperliche Nähe					
erträgt keine körperliche Einschränkung					
ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an					
vermeidet Blickkontakt					
die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45Min)					
verweigert die Brust / die Flasche.					
ist trinkfaul, trinkt nur mit Druck und Zwang					
ist extrem irritierbar.					
ist extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern					
<b>Familiäre Situation</b>					
Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen.					
In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet.					
Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen alleine gelassen.					
Die Nerven liegen blank.					
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby.					
Ich habe Angst, als Mutter zu versagen.					
Die Probleme belasten die Partnerschaft.					
Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könne etwas zustoßen.					
Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilfslosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut.					
<b>Fähigkeiten</b>					
Sieht Ihr Kind Spielzeug interessiert an?					
Spielt es mit den Händen, z.B. vor dem Gesicht?					
Steckt die Hände in den Mund?					
Verfolgt ihr Kind ein Spielzeug mit den Augen					
Wendet es den Kopf nach Ihrer Stimme?					
<b>Allgemeines</b>	Ja	Nein			
Bekommt ihr Kind regelmäßig Vitamin-D?					
Stillen Sie ihr Kind?					
Falls Nein, welche Nahrung geben Sie?					

Worüber freuen Sie sich besonders? ...

Bemerkungen / Fragen: ...

Ausgefüllt von: ...

Datum: ...