



Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung U2/U3

Name

Geburtsdatum

Liebe Eltern,

um die Entwicklung Ihres Kindes besser beurteilen können, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind selbstverständlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam

Werden Sie zu Hause von einer Hebamme betreut? ja nein

Von wem?

Haben Sie aktuell Unterstützung zu Hause? ja nein

Von wem?

Zeigen sich bei Ihrem Kind Schwierigkeiten beim Trinken / Stillen oder Schluckstörungen? ja nein

Zeigt sich bei Ihrem Kind ein auffälliges Schreien? ja nein

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Risiken für eine angeborene Fehlstellung der Hüfte (Hüftdysplasie) bzw. mussten Sie oder ein Familienangehöriger als Säugling eine "Spreizhose" tragen? ja nein

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Augenerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche:

- Schielen (Strabismus).
- Sehschwäche / Schwachsichtigkeit (Amblyopie).
- Kindliche Trübungen der Augenlinse (Katarakt).
- erbliche Augenerkrankungen:
- sonstige:

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie angeborene Hörstörungen oder Ohrfehlbildungen? ja nein

Wenn ja, welche:

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine Abwehrschwäche (Immundefekte)? ja nein

Wenn ja, welche:

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen? ja nein

- Allergien
- Asthma
- Neurodermitis



Sind seit der letzten Untersuchung bei Ihrem Kind schwerwiegende Erkrankungen,
Operationen oder sonstige Auffälligkeiten aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, welche:

Macht Ihnen zur Zeit etwas Angst oder Sorge?

ja nein

Wenn ja, was:

Beantwortet von:

Mutter Vater oder:

Datum und Unterschrift:
