

Elternfragebogen U2/U3



Name des Kindes: _____

Gab es während der Schwangerschaft Einnahme/Konsum von:

Medikamenten: _____

(Zigaretten-) Rauch: _____

Drogen oder Alkohol: _____

Hatten Sie einen Schwangerschafts-Diabetes? ja nein

Wo ist Ihr Kind geboren? _____

Schwangerschaftsalter: Woche _____ Tage _____

Gab es Geburtskomplikationen? ja nein

Gibt es relevante Erkrankungen bei Verwandten 1. Grades?

Nierenfehlbildungen: _____

Hörstörungen/Ohrfehlbildungen: _____

Augenerkrankungen: _____

Herzerkrankungen: _____

Immundefekte: _____

Hüftdysplasie: _____

Andere: _____

Wie ist Ihr Kind ernährt?

vollgestillt teilgestillt

Formula Spezialnahrung

Gibt es bei Ihrem Kind?

Trink-/Gewichtsprobleme: _____

Verdauungsprobleme/Verstopfung: _____

entfärbten Stuhlgang: _____

übermäßiges Schreien: _____

Sonstiges/Wünsche:
