

U2

3. – 10. LEBENSTAG

Praxisstempel

Foto: iStock; romrodinka - iStock



Schwerpunkte:

Angeborene Erkrankungen, Fehlbildungen

Datum	Name des Kindes		Ja	Nein
		1. Haben Sie Schwangerschaft und Geburt in überwiegend positiver Erinnerung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		2. Verliep die Geburt ohne Komplikationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		3. Wollen Sie Ihr Kind stillen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		4. Haben Sie genügend Unterstützung bei der Geburt erfahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		5. War der Vater des Kindes bei der Geburt anwesend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		6. Haben Sie Unterstützung in der Familie oder im Freundeskreis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		7. Nutzen Sie die Hilfe einer Hebammenbetreuung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		8. Fühlen Sie sich kräftig genug, den Alltag mit Ihrem Kind zu bewältigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		9. Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit Ihrem Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		10. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind Kontakt zu Ihnen sucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		11. Wurde bei Ihrem Kind ein Stoffwechselltest mittels Blutentnahme durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		12. Wurde ein apparativer Hörtest durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		13. In unserer Familie sind keine angeborenen Hüfterkrankungen bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		14. Wurde bei Ihrem Kind ein Test auf Mukoviszidose/ Stoffwechselstörungen durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		15. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		16. Ist Ihnen etwas Besonderes aufgefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>