



Die erste Vorstellung Ihres Neugeborenen

Liebe Eltern,
wir gratulieren herzlich zur Geburt Ihres Kindes und freuen uns, Sie und Ihr Kind in unserer Praxis zu begrüßen.
Heute lernen wir Ihr Baby erstmalig kennen und haben einige Fragen an Sie.

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Ist das zu untersuchende Kind
Ihr erstes Kind?

nein

ja

Wie alt sind die Geschwister
Ihres Kindes wie heißen sie?

Litt eines der Geschwister an
Neugeborenen-Gelbsucht?

nein

ja

Werden Sie von einer Hebamme betreut?

ja

nein

Haben beide Eltern das Sorgerecht?

ja

nein

Haben Sie Sorgen oder Probleme mit
Ihrem Kind?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Gab es Schwierigkeiten in der
Schwangerschaft

nein

ja

Wenn ja, welche?

Mussten Sie während der Schwanger-
schaft Medikamente nehmen?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie in der Schwangerschaft
geraucht oder Alkohol getrunken?

nein

ja

Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Gab es bei Ihrem Kind Schwierigkeiten
bei der Geburt

nein

ja

Wenn ja, welche?



Musste Ihr Kind nach der Geburt noch länger im Krankenhaus bleiben

nein

ja

Wenn ja, warum?

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Wird Ihr Kind gestillt?

ja

nein

Falls ja, nehmen Sie Jodtabletten ein?

ja

nein

Falls Ihr Kind das Fläschchen bekommt:
Welche Milch geben Sie ihm?

Bestehen Trinkschwierigkeiten?

nein

ja

Bekommt Ihr Kind Vitamin D?

ja

nein

Haben Sie sich in der Schwangerschaft vegetarisch oder vegan ernährt?

nein

ja

Falls ja, haben Sie Vitamin-B12-Präparate zu sich genommen?

ja

nein

Falls ja, welches Präparat haben Sie zu sich genommen?

Leidet in Ihrer Familie (Eltern/Geschwister des Babys) jemand an Heuschnupfen, Asthma oder Neurodermitis?

nein

ja

Wenn ja, wer?

Gibt es in der Familie (Eltern/Geschwister des Babys) jemanden mit angeborenem Hüftproblem oder musste jemand als Kind eine Spreizhose tragen?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind aus Beckenendlage geboren?

nein

ja

Haben/hatten Sie oder ein Geschwisterkind Augenerkrankungen (Schielen, Fehlsichtigkeit, sonstige Erkrankungen)?

nein

ja

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich?

Sind in der Familie (Eltern/Geschwister) Herz-Kreislauferkrankungen (z.B. angeborene Herzfehler, Herzrhythmusstörungen) bekannt?

nein

ja

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich und wer leidet daran?

Sind in der Familie (Eltern/Geschwister) Krebserkrankungen bekannt?

nein

ja

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich und wer leidet daran?



Leidet in der Familie (Eltern/Geschwister) nein ja
jemand an Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich und wer leidet daran?

Leidet in der Familie (Eltern/Geschwister) nein ja
jemand an Hörstörungen?

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich und wer leidet daran?

Leidet in der Familie (Eltern/Geschwister) nein ja
jemand an Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich und wer leidet daran?

Leidet in der Familie (Eltern/Geschwister) nein ja
jemand an Hörstörungen?

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich und wer leidet daran?

Leidet in der Familie (Eltern/Geschwister) nein ja
jemand an Rheuma?

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich und wer leidet daran?

Leidet in der Familie (Eltern/Geschwister) nein ja
jemand an Leber- oder Nierenerkrankungen?

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich und wer leidet daran?

Leidet in der Familie (Eltern/Geschwister) nein ja
jemand an sonstigen Erkrankungen?

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich und wer leidet daran?

Sind Sie (Mutter) in der Schwangerschaft ja nein
gegen Keuchhusten geimpft worden?

Wurde der Vater gegen Keuchhusten ja nein
geimpft?

Rauchen Sie? nein ja

Raucht der Vater? nein ja

Fragen an die Mutter

Fühlen Sie sich durch Familie und / oder ja nein
Freunde gut unterstützt?

Fühlten Sie sich in den letzten Wochen nein ja
häufiger traurig oder bedrückt?

Können Sie Ihr Kind meist beruhigen, ja nein
wenn es schreit?