

Name Kind: _____ geb. _____			U2
ausgefüllt am: _____ von: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater			
Geburt in der Schwangerschaftswoche _____. SSW + ____ Tage			
Nahrung: <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> Babymilch, welche: _____, ____ x _____ ml/Tag			
Stuhlfarbe (siehe Farbkarte im U-Heft / in unserer Praxis) Nr.: ____			
Impfungen der Mutter <u>in</u> der Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: nämlich welche? _____			
COVID 19-Impfungen der Mutter <u>vor</u> der Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich welche/wieviele: _____			
	↓	NEIN	JA
Gibt es in Ihrer Familie angeborene schwere/chronische Augen-/Ohrenerkrankungen?			
Gibt es in Ihrer Familie angeborene Hüfterkrankungen / Hüftdysplasien?			
Gibt es in Ihrer Familie angeborene schwere Immundefekte?			
Hatten Sie während der Schwangerschaft ...?		NEIN	JA
Dauermedikamente			
Schwangerschaftsdiabetes			
B-Streptokokken			
Geraucht / Alkohol getrunken			
Gab es während der Geburt folgende Probleme ...?		NEIN	JA
Beckenendlage / Querlage / Fußlage (bitte Entsprechendes einkringeln)			
Komplikationen wie z.B. Abfall der kindlichen Herztöne			
Kaiserschnitt / Saugglocke / Zange			
Hatte Ihr Baby seit der Geburt ...?		NEIN	JA
eine stationäre Aufnahme in die Kinderklinik			
schwere Erkrankungen/Operationen/Krampfanfälle (bitte ggf. Entsprechendes einkringeln)			
Trink- / Saug Schwierigkeiten			
auffälliges Schreien			
	↓	JA	NEIN
Kommt zu Ihnen eine Hebamme?			
Fühlen Sie sich als Familie <u>ohne</u> besondere Belastungen?			
Haben Sie bereits Vitamin D Tropfen oder Tabletten?			
Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes?			