

Name Kind:	geb.		U2
ausgefüllt am:	von: ☐ Mutter ☐ Vater		
Geburt in der Schwangerschaftswoche _____. SSW + ____ Tage			
Nahrung: ☐ Muttermilch ☐ Babymilch, welche: _____, _____ml/Tag			
Stuhlfarbe (siehe Farbkarte im U-Heft / in unserer Praxis) Nr.: ____			
Impfungen der Mutter in der Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja: nämlich welche? _____			
COVID 19-Impfungen der Mutter vor der Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja : nämlich welche/wieviele: _____			
		NEIN	JA
Gibt es in Ihrer Familie angeborene Augen-/Ohrenerkrankungen			
Gibt es in Ihrer Familie angeborene Hüfterkrankungen / Hüftdysplasien			
Gibt es in Ihrer Familie angeborene 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			
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			
VORSICHT: AB HIER IST „JA“ UND „NEIN“ VERTAUSCHT ———->>		JA	NEIN
Kommt zu Ihnen eine Hebamme			
Fühlen Sie sich als Familie ohne besondere Belastungen?			
Bekommt Ihr Baby täglich 400-500 IE Vitamin D (Tropfen oder Tabletten)			
Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes?			