

Fragebogen Neugeborene/Säuglinge			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Unter welchen Beschwerden leidet Ihr Kind?			
Schwangerschaft und Geburt	Ja	?	Nein
Verlief die Schwangerschaft problemlos?			
Gab es während der Schwangerschaft Unfälle, Schrecksituationen oder ernste Krankheiten der Mutter?			
Musste die Mutter in der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?			
Handelte es sich um eine „Mehrlings-Schwangerschaft“?			
Wurde das Kind spontan (vaginal) geboren?			
<i>Wenn ja:</i> Gab es bei der spontanen Geburt Schwierigkeiten? _____			
Wurde Ihr Kind in einer besonderen Geburtslage entbunden? (z.B. „Beckenendlage“, „Sternguckerlage“)			
Musste Ihr Kind mit der Saugglocke oder einer Zange entbunden werden?			
Wurde während der Geburt auf den Bauch der Mutter gedrückt („Kristeller-Handgriff“)?			
Haben die Herztöne des Kindes während des Geburtsvorganges nachgelassen?			
War die Nabelschnur um den Hals des Kindes geschlungen?			
Hat Ihr Kind sofort nach der Entbindung geschrien?			
Wurde das Kind per Kaiserschnitt entbunden?			
<i>Wenn ja:</i> Gab es Komplikationen, die einen Notkaiserschnitt erforderlich machten?			
Gab es Not-Situationen nach der Entbindung (Beatmung, operative Eingriffe)?			
War das Kind nach der Entbindung blau verfärbt?			
War der „APGAR“-Test in Ordnung?			

Gab es Verformungen (z.B. am Kopf) oder Frakturen?			
Hat sich die Haut des Kindes in den Tagen nach der Geburt gelb verfärbt („Neugeborenenengelbsucht“)?			
Musste Ihr Kind länger im Krankenhaus bleiben?			
Temperatur	Ja	?	Nein
Fühlt sich Ihr Kind beim Berühren warm an?			
Fühlt sich Ihr Kind beim Berühren eher kalt an?			
Sind (nur) Hände und Füße oft kalt?			
Verändern sich <u>die Beschwerden</u> Ihres Kindes durch Temperaturunterschiede (z.B. unter der Wärmelampe, oder bei Kälteeinfluss)?			
-Bessert Wärme?			
-Bessert Kälte?			
„Druck & Enge“	Ja	?	Nein
Beruhigt sich das Kind <u>nach dem Ausziehen</u> der Kleidung auf dem Wickeltisch?			
Reagiert Ihr Kind negativ auf die Enge beim Ankleiden oder beim Anschlallen im „Maxi-Cosi“?			
Beruhigt sich ihr Kind beim Anziehen oder beim „Pucken“?			
Position	Ja	?	Nein
Verändern sich die Beschwerden Ihres Kindes in gewissen Positionen?			
Beruhigt sich Ihr Kind in der Bauchlage?			
Beruhigt sich Ihr Kind in der Rückenlage?			
Beruhigt sich Ihr Kind in der Seitenlage?			
Bewegung und Beweglichkeit	Ja	?	Nein
Zieht das Kind beim Schreien in der Rückenlage die Beine <u>nach vorn</u> zum Bauch an?			
„Biegt“ sich das Kind beim Schreien in der Rückenlage <u>nach hinten</u> durch?			
Muss Ihr Kind „ständig“ getragen werden?			
Beruhigt sich Ihr Kind beim Schaukeln oder beim Fahren im Kinderwagen / im Auto?			
Verschlimmern sich die Beschwerden beim Schaukeln oder beim Fahren im Kinderwagen / im Auto?			
Haben Sie oder der Kinderarzt bei Ihrem Kind orthopädische Probleme bemerkt? (Hüftdysplasie, Fußdeformitäten, etc.)			

Dreht Ihr Kind den Kopf gleichmäßig weit (und endgradig) zu beiden Seiten?			
Liegt Ihr Kind in der Rückenlage eher gerade? <u>oder</u>			
Liegt Ihr Kind in der Rückenlage eher seitlich gekrümmt?			
Bewegt Ihr Kind z.B. einen Arm oder ein Bein weniger als die gegenüberliegende Extremität?			
Wahrnehmung	Ja	?	Nein
Reagiert Ihr Kind übermäßig / schreckhaft auf helles Licht oder Geräusche?			
Bessern sich z.B. Bauchschmerzen beim Streicheln des Bauchs oder durch „Handauflegen“?			
Reagiert Ihr Kind positiv auf <u>festere Berührungen oder Druck</u> ?			
Nahrungsaufnahme	Ja	?	Nein
Können Sie Ihr Kind gut stillen?			
Kann Ihr Kind gut saugen / schlucken?			
Trinkt Ihr Kind zu hastig?			
Hört Ihr Kind schnell wieder auf zu trinken?			
Geht es Ihrem Kind <u>während</u> des Trinkens schlechter (strampeln / zappeln / Unruhe)?			
Geht es Ihrem Kind <u>nach</u> dem Trinken schlechter?			
<i>Wenn ja:</i> Sofort nach dem Trinken?			
Erst nach einer gewissen Zeit (ca. 30 Min) nach dem Trinken?			
Kann Ihr Kind gut aufstoßen?			
Spuckt Ihr Kind viel?			
Ist die wieder ausgespuckte Milch schon geronnen / klumpig?			
Spuckt Ihr Kind in einem großen „Schwall“?			
Verdauung, Stuhl- und Harnabgang	Ja	?	Nein
Ist die Mundschleimhaut entzündet oder mit Soor befallen?			
Neigt Ihr Kind zu Mundgeruch?			
Ist der Bauch des Kindes oft hart und übermäßig gebläht?			
Leidet Ihr Kind unter Koliken?			
Kann Ihr Kind gut „pupsen“/ Blähungen ablassen?			
Bessert sich der Zustand Ihres Kindes nach dem Abgang der			

Blähungen?			
Gehen die Blähungen besser ab, wenn Sie Ihrem Kind die Beine in Rückenlage anwinkeln?			
Leidet Ihr Kind unter Verstopfung?			
Geht der Stuhlgang von allein ab? <u>oder</u>			
Muss dem Kind beim Stuhlgang geholfen werden?			
Hat Ihr Kind <u>vor</u> dem Stuhlgang Beschwerden?			
Hat Ihr Kind <u>während</u> des Stuhlgangs Beschwerden?			
Hat Ihr Kind <u>nach</u> dem Stuhlgang Beschwerden?			
Ist der abgesetzte Stuhlgang auffällig in seiner Form, Konsistenz oder dem Geruch?			
Reizt der Stuhlgang oder der Urin die Haut ?			
Sind im Stuhl weiße Flocken?			
Ist der Stuhl mit viel Schleim vermischt?			
Gibt es Auffälligkeiten in Bezug auf die Menge, die Farbe oder den Geruch des Urins?			
Atmung	Ja	?	Nein
Ist die Atmung des Kindes „auffällig“?			
Röchelt Ihr Kind oft? Hören Sie vermehrt „Rasselgeräusche“, die nicht direkt nach dem Essen auftreten?			
Hält Ihr Kind zu lang die Luft an? (z.B. beim Schreien oder im Schlaf)			
Schnarcht Ihr Kind?			
Schlaf	Ja	?	Nein
Kann Ihr Kind gut einschlafen?			
Wacht Ihr Kind nachts „oft“ auf? <i>(Normalerweise wacht ein Baby nachts alle 2-3 Stunden auf, um zu trinken. Diese Intervalle verlängern sich bis das Kind, meist ab dem 5. Monat, nicht mehr nachts gestillt werden muss.)</i>			
Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten während des Schlafens? (Unruhe, Schreien, Weinen, ungewöhnliche Veränderung der Atemfrequenz)			
Geht es Ihrem Kind am Morgen nach dem Schlaf besser?			
Geht es Ihrem Kind am Morgen nach dem Schlaf schlechter?			
Gemüt	Ja	?	Nein
Ist Ihr Kind ungewöhnlich reizbar?			
Reagiert Ihr Kind gut auf Trost, wenn es Beschwerden hat?			

Möchte Ihr Kind lieber in Ruhe gelassen werden, wenn es Beschwerden hat?			
Wird Ihr Kind ängstlich, wenn Sie es hochheben oder ablegen?			
Hat Ihr Kind Angst im Dunkeln?			
Benötigt Ihr Kind ein Nachtlicht?			
Zeigt Ihr Kind andere Ängste? (z.B. bei Annäherung fremder Personen)			
Weitere allgemeine Fragen	Ja	?	Nein
Mag Ihr Kind es gewaschen oder gebadet zu werden?			
Wird Ihr Kind ängstlich, wenn Wasser über den Kopf beim Abduschen läuft?			
Gibt es regelmäßige Tageszeiten, an denen es Ihrem Kind auffällig schlecht geht? <i>Wenn ja: Wann?</i> _____			
Gab es ungewöhnliche Beschwerden mit dem Heilungsprozess des Bauchnabels?			
Zeigte Ihr Kind „Erstreaktionen“ nach einer Impfung? (z.B. Fieber, Veränderung des Verhaltens oder des Appetits)			
Zeigten sich im Abstand von bis zu drei Wochen nach der Impfung „Spätreaktionen“ bezüglich des Gesundheitszustandes, des Verhaltens oder des Appetits ?			
Gibt es Auffälligkeiten an der Haut Ihres Kindes?			
<i>Wenn ja:</i> Gibt es Verfärbungen oder Hautausschläge?			
Zeigt Ihr Kind oft „marmorierte“ Hautverfärbungen?			
Ist das Gesicht Ihres Kindes stets gleichmäßig gefärbt?			
-oder ist z.B. eine Wange mehr verfärbt als die andere			
Gibt es Beschwerden, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Zahnung auftraten? (z.B. Verstopfung, Durchfall) <i>Wenn ja: Welche?</i> _____			
Zeigt Ihr Kind auffällige Behaarung? (z.B. am Rücken)			
Neigt Ihr Kind zu Verkrampfungen?			
Hat Ihr Kind oft geballte Fäuste?			

Gab es Auffälligkeiten bei den ärztlichen Untersuchungen? <i>Wenn ja: Welche?</i>			
Sind die Hüftgelenke gut entwickelt?			
Muss ihr Kind zwei Windeln tragen oder wurden andere orthopädische Maßnahmen für die Hüften verordnet?			
Sind die Augenlider oft verklebt?			
Zieht ihr Kind oft die Stirn „in Falten“?			
Nimmt ihr Kind Arzneimittel ein, die vom Arzt oder der Hebamme verordnet wurden?			