

Name Kind	Geburtsdatum	Wieviele Kinder haben Sie?	Datum
-----------	--------------	----------------------------	-------

Während Ihrer Schwangerschaft

Hatten Sie Aborte (Fehlgeburten)? (wenn ja, wieviele?)

Eine ernste Erkrankung? (z.B. SS-Diabetes, Vergiftung)

Hatten Sie einen Unfall? (wenn ja, welcher Art)

Besonderen psychischen Stress?
(Probleme mit Partner, Eltern, Todesfall, finanziellen)

Hatten Sie Übelkeit und Erbrechen? (wenn ja, wie lange?)

Hatten Sie genügend Fruchtwasser?

War das Kind in der Schwangerschaft aktiv?

Ab wann lag das Kind mit dem Kopf im Becken? (Schwangerschaftswoche)

Hatten Sie vorzeitige Wehen? (wenn ja, wie lange mussten Sie liegen?)

Bekamen Sie wehenhemmende Medikamente?
 wie lange?

welche?

Verlauf der Geburt

Dauer der Geburt? (nicht nur Presswehen) < 4 Std. 4-6 Std. 12-18 Std. >18 Std.

Hatten Sie eine Spontangeburt oder eingeleitete Geburt? Spontan Eingeleitet

War die Geburt termingerecht? termingerecht zu früh über Termin

Medikation während der Geburt? (PDA, Lachgas, wehenleitende- oder wehenhemmende Mittel, Antibiotika)

Befand sich das Kind während der Geburt im Stress? (Herztonabfall- oder zunahme)

Gab es eine der aufgeführten Komplikationen?

geplanter Kaiserschnitt	Notkaiserschnitt	Zange
Saugglocke	Manuelle Hilfe durch Arzt /Hebamme	
Schlucken von Schwarzem Pech (Fruchtwasser)		
Nabelschnur um den Hals	Ausscharbung (Mutterkuchen)	

Nach der Geburt

Musste ihr Kind mit Sauerstoff versorgt werden?

Hat Ihr Kind nach der Geburt direkt geschrien oder war es ruhig?

Wurde das Kind direkt nach der Geburt auf die Brust gelegt?

Wann wurde das Kind das erste Mal gestillt?

Musste Ihr Kind im Krankenhaus betreut werden? (Warum und wie lange?) Intensivstation

.....

Gab es direkt nach der Geburt Deformationen am Kopf und/oder blaue Flecken?

Wochenbett

Gibt es Probleme beim Stillen? (Flasche, Entzündungen der Brust, Milchmenge)

.....

Gibt es Koliken?

Wie ist das Schlafverhalten? tagsüber

nachts

Ist das Kind sehr schreckhaft? (Geräusche)

Das erste Lebensjahr

War das Kind häufig krank? (Erkältungen, Magen-Darm)

Gab es Auffälligkeiten bei den U-Untersuchungen?

Hat das Kind Impfungen bekommen? (gab es Reaktionen?)

Hatte das Kind einen Unfall/Verletzungen? (welche Verletzungen?)

Wann kamen die ersten Zähne?

Mit wie vielen Monaten konnte Ihr Kind:

sich drehen

robben

krabbeln

sitzen

stehen

laufen

Treppen steigen

Anpassungsschwierigkeiten

Hat Ihr Kind häufig einen Teil der aufgenommenen Nahrung erbrochen?

Hatte es die sogenannten Dreimonatskoliken oder Allergien?

[z.B. Milchunverträglichkeit - wenn ja, welche?]

Leidet es unter Blähungen, Verstopfung oder Durchfällen?

Weinte es oft, ohne dass Sie genau wussten warum?

Hat oder hatte ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen?

Wie ist das Schlafverhalten des Kindes?

tagsüber

nachts

Gesundheit

Hat Ihr Kind einen angeborenen Defekt an einem Organ?

[z.B. Herzfehler - wenn ja, welche?]

Hatte Ihr Kind eine Operation?

Hatte Ihr Kind Kinderkrankheiten?

Hatte Ihr Kind Infektionskrankheiten?

Hatte Ihr Kind eine Mittelohrentzündung?

Mit Gabe eines Antibiotikums?

Mit Einsetzen von Röhrrchen?

Hatte Ihr Kind Blasen- bzw. Nierenerkrankungen? (wenn ja, wie oft?)

Gab es mehr als fünfmal im Jahr eine Infektion der Atemwege?

Hatte Ihr Kind einen Pseudokrapp-Anfall?

Besteht eine familiäre Disposition zu Allergien? (wenn ja, welche?)

