



Elternfragebogen für die U4 (nach M. Papousek)

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Liebe Eltern, bitte beantworten Sie durch Ankreuzen jede der folgenden Fragen so genau wie möglich, auch wenn es manchmal schwierig ist, sich zwischen den angebotenen Antworten zu entscheiden. Sie helfen uns damit sehr, die Beratung für Sie und Ihr Baby zu verbessern.

| Mein Baby... | Fast nie | Häufig | Fast immer | Dies macht mir Sorgen | Dafür wünsche ich mir Beratung |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| ...schreit und quengelt immer noch ohne erkennbaren Grund | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...lässt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...ist extrem willensstark | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...wehrt sich gegen das Einschlafen, braucht trotz Einschlafhilfen extrem lang (>30min) zum Einschlafen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...schläft tagsüber nur kurz und unregelmäßig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...fordert ständige Aufmerksamkeit u. Unterhaltung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...schreit ständig beim Ablegen in Bauch-/ Rückenlage | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...kuschelt nicht, mag keine körperliche Nähe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...erträgt keine körperliche Einschränkung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...ist auffallend ernst, lächelt nur die anderen an | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vermeidet Blickkontakt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...Die Mahlzeiten sind mühsam und langwierig (>45min) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...verweigert die Brust / die Flasche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...ist trinkfaul, trinkt nur mit Druck und Zwang | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...ist extrem irritierbar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...ist extrem ablenkbar, z.B. beim Füttern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Familiäre Situation | | | | | |
| Mir bleibt kein Moment Zeit zum Duschen und Essen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In meiner Familie gibt es niemanden, der mich wenigstens stundenweise entlastet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich fühle mich sozial isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Die Nerven liegen blank | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe Angst, als Mutter zu versagen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Die Probleme belasten die Partnerschaft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich plage mich mit Ängsten, meinem Baby könnte etwas zustoßen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Das Schreien ist unerträglich, es kommt rasch zur Eskalation von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder ohnmächtiger Wut | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Fähigkeiten

Ja

Nein

| | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sieht Ihr Kind Spielzeug interessiert an? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Spielt es mit den Händen, z.B. vor dem Gesicht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Steckt es die Hände in den Mund? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lassen Sie Ihr Kind in Bauchlage spielen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verfolgt Ihr Kind ein Spielzeug mit den Augen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wendet es den Kopf nach Ihrer Stimme? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Vitamin D? Ja Nein

Ihre Fragen: