



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Fragebogen zur U3

4. bis 5. Lebenswoche

Für viele Familien ist die U3 der erste Termin bei uns. Der Bogen ist deshalb zugleich unser Aufnahmebogen: Er fragt Schwangerschaft, Geburt und die ersten Wochen ab, damit wir Ihr Kind von Anfang an gut kennen.

ANGABEN ZUM KIND

Name des Kindes

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Ausgefüllt von (Name)

Datum

Telefon für Rückfragen

Wer füllt den Bogen aus?

☐ Mutter

☐ Vater

☐ beide gemeinsam

☐ andere Bezugsperson

Geschlecht

Versichertennummer (falls schon vorhanden)

SORGEBERECHTIGTE

Name der Mutter

Geburtsdatum

Telefon

Name des Vaters / zweiten Elternteils

Geburtsdatum

Telefon

Gemeinsame Anschrift

E-Mail

Besteht das gemeinsame Sorgerecht?

☐ ja

☐ nein

Sind Geschwister bei uns in Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Werden Sie von einer Hebamme betreut?

☐ ja

☐ nein

Namen und Geburtsdaten der Geschwister



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Geburtsklinik / Geburtsort

Schwangerschaftswoche bei Geburt

Wievielte Schwangerschaft / Geburt?

Geburtsgewicht (g)

Länge (cm)

Kopfumfang (cm)

Art der Geburt

☐ Spontangeburt

☐ Saugglocke / Zange

☐ Kaiserschnitt geplant

☐ Kaiserschnitt ungeplant

Verlief die Schwangerschaft ohne Besonderheiten?

☐ ja

☐ nein

Bestand ein Schwangerschaftsdiabetes oder Bluthochdruck?

☐ ja

☐ nein

Wurden in der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?

☐ ja

☐ nein

Wurde in der Schwangerschaft geraucht oder Alkohol getrunken?

☐ ja

☐ nein

Lag Ihr Kind in Beckenendlage (mit dem Po nach unten)?

☐ ja

☐ nein

War eine Behandlung auf der Neugeborenenstation nötig?

☐ ja

☐ nein

Musste Ihr Kind Sauerstoff bekommen oder beatmet werden?

☐ ja

☐ nein

Bestand eine Neugeborenenengelbsucht mit Lichttherapie?

☐ ja

☐ nein

Bekam es Antibiotika?

☐ ja

☐ nein

Wurde Vitamin K gegeben (1. und 2. Gabe)?

☐ ja

☐ nein

Besonderheiten in Schwangerschaft, Geburt und ersten Wochen

SCREENINGS DER ERSTEN LEBENSTAGE

Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt und unauffällig?

☐ ja

☐ nein

Erweitertes Neugeborenen-Screening (Blutstropfen aus der Ferse) durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Screening auf Mukoviszidose durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Pulsoxymetrie-Screening (Sauerstoffmessung am Fuß) durchgeführt?

☐ ja

☐ nein



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Hüftultraschall bereits gemacht?

☐ ja

☐ nein

Fehlt eine dieser Untersuchungen oder ist ein Ergebnis noch offen, kümmern wir uns beim Termin darum. Der Hüftultraschall gehört fest zur U3.

ERNÄHRUNG, VERDAUUNG UND SCHLAF

Wie wird Ihr Kind zurzeit ernährt?

☐ voll gestillt

☐ gestillt und Flasche

☐ nur Flasche

☐ schon mit Beikost

Wie viele Mahlzeiten in 24 Stunden?

Welche Nahrung genau (Marke / Sorte)?

Klappt das Trinken gut, ohne Verschlucken oder große Anstrengung?

☐ ja

☐ nein

Spuckt Ihr Kind sehr häufig oder in großen Mengen?

☐ ja

☐ nein

Hat es Bauchweh, starke Blähungen oder auffälligen Stuhlgang (Blut, sehr hart, sehr wässrig)?

☐ ja

☐ nein

Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D (und Fluorid, falls empfohlen)?

☐ ja

☐ nein

Schläft Ihr Kind auf dem Rücken?

☐ ja

☐ nein

Schläft es im eigenen Bett im Elternschlafzimmer?

☐ ja

☐ nein

Ist die Schlafumgebung rauchfrei und ohne Kissen, Nestchen oder dicke Decken?

☐ ja

☐ nein

Wie oft am Tag Stuhlgang, welche Farbe?

Wie schläft Ihr Kind nachts (längste Schlafphase)?

Hatte Ihr Kind seit der Geburt Fieber, eine Infektion oder einen Krampfanfall?

☐ ja

☐ nein

Hat Ihr Kind Hautprobleme (Ausschlag, trockene Haut, Windelbereich)?

☐ ja

☐ nein

ENTWICKLUNG UND VERHALTEN

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie Sie Ihr Kind in den letzten Tagen erlebt haben. Es gibt kein Richtig oder Falsch – die Antworten helfen uns, gezielt hinzuschauen.

Hebt Ihr Kind in Bauchlage den Kopf kurz an?

☐ ja

☐ teilweise

☐ nein

Öffnet es die Hände ab und zu von selbst?

☐ ja

☐ teilweise

☐ nein

Folgt es mit den Augen kurz einem Gesicht oder Gegenstand?

☐ ja

☐ teilweise

☐ nein

Schaut es aufmerksam auf Ihr Gesicht, wenn Sie mit ihm sprechen?

☐ ja

☐ teilweise

☐ nein



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Lässt es sich in der Regel gut beruhigen (auf dem Arm, beim Trinken, durch Ihre Stimme)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Wirkt Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten überwiegend zufrieden? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Sind Sie mit der Entwicklung und dem Verhalten Ihres Kindes zufrieden? ☐ ja ☐ nein

Schreit Ihr Kind über längere Zeit am Tag, ohne dass Sie es beruhigen können? ☐ ja ☐ nein

Erschrickt Ihr Kind bei lauten Geräuschen? ☐ ja ☐ nein

FAMILIE

Gibt es in der engeren Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) ...

☐ Asthma

☐ Heuschnupfen / Allergien

☐ Neurodermitis

☐ Hörstörungen im Kindesalter

☐ Sehstörungen / Schielen im Kindesalter

☐ Hüftprobleme im Kindesalter

☐ Epilepsie / Krampfanfälle

☐ Stoffwechselerkrankungen

☐ Herzfehler / plötzliche Herztodesfälle

☐ Erbkrankheiten

☐ Schilddrüsenerkrankungen

☐ Sprach- oder Lernstörungen

Wer ist betroffen, und woran?

ALLTAG UND FAMILIE

Wird in der Wohnung oder im Auto geraucht? ☐ ja ☐ nein

Gibt es zurzeit eine besondere Belastung in der Familie (Krankheit, Trennung, finanzielle Sorgen, wenig Unterstützung), über die Sie sprechen möchten? ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich mit der Situation zu Hause insgesamt gut zurecht? ☐ ja ☐ nein

Kennen Sie die Angebote der Frühen Hilfen in Neumünster (Familienhebamme, Beratung)? ☐ ja ☐ nein



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

Paul Wettzel · Dr. med. Rolf Bigalke · Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

IHRE FRAGEN UND WÜNSCHE

Worüber möchten Sie beim Termin sprechen? (Mehrfachauswahl)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Stillen und Ernährung | ☐ Sicherer Schlaf (plötzlicher Kindstod) | ☐ Schreien und Beruhigen |
| ☐ Vitamin D und Fluorid | ☐ Impfungen (die ersten ab der 6. Lebenswoche) | ☐ Unfallverhütung |
| ☐ Hautpflege | ☐ Unterstützung im Alltag | |

Machen Sie sich Sorgen um die Entwicklung oder das Verhalten Ihres Kindes?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie Fragen zu Impfungen?

☐ ja

☐ nein

Was möchten Sie uns außerdem sagen – Beobachtungen, Sorgen, Fragen?

Bitte zur U3 mitbringen

Gelbes Untersuchungsheft, Impfausweis und Mutterpass

Versichertenkarte des Kindes – oder, solange sie fehlt, die Karte eines Elternteils

Entlassungsbrief der Geburtsklinik und Ergebnis des Neugeborenen-Screenings

Eine frische Windel und etwas zu trinken für Ihr Kind; planen Sie etwa 45 Minuten ein

So kommt der Bogen zu uns

Am einfachsten: Bogen auf pvz-neumuenster.de direkt am Handy ausfüllen und die PDF-Datei über die Online-Rezeption (arzt-direkt) als Anhang an uns senden.

Oder: PDF am Computer ausfüllen, speichern und ebenfalls über arzt-direkt schicken.

Oder ganz klassisch: ausdrucken, ausfüllen und zum Termin mitbringen.