



## **Fragebogen Kinder 0-1 Jahr**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Gesetzl Vertreter: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Hebamme: \_\_\_\_\_

Beruf Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf Vater: \_\_\_\_\_

Wo entbunden: \_\_\_\_\_

## **Schwangerschaft:**

Wievielte Schwangerschaft / Geburt?

Verlauf?

Operationen / Verletzungen der Mutter in der Schwangerschaft?

Medikamenteneinnahme der Mutter in der Schwangerschaft / Stillzeit

## **Geburt:**

Zum errechneten Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ eingeleitet / ohne Einleitung / Wehentropf

Dauer der Geburt: \_\_\_\_\_

Verlauf / Komplikationen: \_\_\_\_\_

Position des Kindes vor Geburt:

Hinterhauptslage ( = normal )

Beckenendlage

Andere

Nabelschnur um Hals oder Kopf :

„Kristeller Handgriff“:

Saugglocke/ Zange

Kaiserschnitt:

geplant:

Notkaiserschnitt:

Narkose :

PDA

Vollnarkose

Geburtsdaten:

(Gewicht / Größe / Kopfumfang/ APGAR Index)

Wie war der erste Atemzug des Kindes = Initialschrei?

( falls bekannt )

Medikamente für das Kind nach der Geburt? Impfungen?

Operationen nach der Geburt? Welche?

Wird das Kind gestillt? Gab es Stillprobleme?

## **Ihr Kind heute:**

Wie präsentiert sich das Kind zurzeit?

Wie ist der Schlaf des Kindes?

Überstreckt oder überstreckte sich Ihr Kind häufig?

Kann Ihr Kind gut auf dem Bauch liegen?

Schwitzt ihr Kind häufig? Wo?

Sind Ihnen Unterschiede zwischen rechts und links aufgefallen? (Kopfdrehung, Strampeln, Greifen)

Welche Medikamente / Homöopathischen Mittel hat das Kind erhalten?

Grund für ärztliche Konsultationen / Erkrankungen?

Was ist zurzeit das Hauptproblem / Motiv der Konsultation?