# U2

Datum_____

Name_____ geb._____ Alter_____

| **Elternfragen** | **ja** | **nein** |
|---|---|---|
| Gab es Schwierigkeiten in der Schwangerschaft? | □ | □ |
| wenn ja, welche? _____ | | |
| Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente genommen? | □ | □ |
| wenn ja, welche?: _____ | | |
| Gab es Schwierigkeiten bei der Entbindung? | □ | □ |
| wenn ja, welche?: _____ | | |
| Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Heuschnupfen, Asthma oder Neurodermitis? | □ | □ |
| wenn ja, wer?: _____ | | |
| Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einem angeborenen Hüftschaden/Spreizhose? | □ | □ |
| wenn ja, wer?: _____ | | |
| Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer angeborenen Augenerkrankung (z.B. Katarakt (grauer Star), Glaukom (grüner Star), Netzhauttumor)? | □ | □ |
| Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer vererbbaren Erkrankung? | □ | □ |
| wenn ja, wer/ welche? _____ | | |
| Raucht jemand in Ihrer Familie? | □ | □ |
| Haben Sie Sorgen wegen der Gesundheit oder dem Verhalten Ihres Kindes? | □ | □ |
| wenn ja, was macht Ihnen Sorgen? _____ | | |

| **Fragen an die Mutter:** | **ja** | **nein** |
|---|---|---|
| Gibt es jemanden, der Sie wenigstens stundenweise entlastet? | □ | □ |
| Ist es Ihnen gelungen in der Schwangerschaft auf Alkohol zu verzichten? | □ | □ |

Unterschrift Bezugsperson _____