

VDS1-KJb: Elterliche Anamnese der Kindes- und Jugendentwicklung

Zusatzbogen für Säuglinge und Kleinkinder

(die Nummerierung der Frageblöcke erfolgt in Ergänzung zum Basisbogen)

Name: Vorname: geb.:

2.21 Frühe Entwicklung

Schwangerschaftsverlauf:

Kreuzen Sie bitte die während der Schwangerschaft aufgetretenen **Schwierigkeiten und Komplikationen** an (x) und geben Sie die betreffenden Monate dazu an. Wenn Sie sich bei einigen Angaben nicht mehr so sicher sind, dann nehmen Sie bitte Ihren Mutterpass zu Hilfe:

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | starkes Erbrechen | Monat |
| <input type="checkbox"/> | Blutungen | Monat |
| <input type="checkbox"/> | Ödeme | Monat |
| <input type="checkbox"/> | starke Gewichtszunahme | Monat |
| <input type="checkbox"/> | mangelnde Gewichtszunahme | Monat |
| <input type="checkbox"/> | Ohnmacht | Monat |
| <input type="checkbox"/> | erhöhter Blutdruck | Monat |
| <input type="checkbox"/> | Toxoplasmose | Monat |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes | Monat |
| <input type="checkbox"/> | Röteln /schweres Fieber | Monat |
| <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung | Monat |
| <input type="checkbox"/> | Krampfanfälle | Monat |
| <input type="checkbox"/> | Herzkrankung | Monat |
| <input type="checkbox"/> | drohende Frühgeburt | Monat |
| <input type="checkbox"/> | sonstige: | |
| <input type="checkbox"/> | Unfälle: | Monat |

Haben Sie Medikamente / Hormone während der Schwangerschaft genommen? JA / NEIN
wenn ja, welche und wie viel:

Wie viele Zigaretten haben Sie während der Schwangerschaft im Tagesdurchschnitt geraucht?
KEINE 1-5 5-10 10-20 20 UND MEHR

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? JA / NEIN
wenn ja, welches Getränk und wie viel:

Wurden während der Schwangerschaft Röntgenuntersuchungen oder
Bestrahlungen vorgenommen? JA / NEIN

Gab es vor dieser Schwangerschaft einen Schwangerschaftsabbruch? JA / NEIN

Hatten Sie vor oder nach der Schwangerschaft Fehlgeburten? JA / NEIN

Haben Sie sich ein bestimmtes Geschlecht bei Ihrem Kind gewünscht?

MUTTER: JA / NEIN VATER: JA / NEIN

Ist Ihr Wunsch bezüglich des Geschlechts in Erfüllung gegangen? JA / NEIN

MUTTER: JA / NEIN VATER: JA / NEIN

Hatten Sie während der Schwangerschaft Probleme in Ihrer Beziehung? JA / NEIN

wenn ja, wie empfanden Sie diese Zeit:

MUTTER:

VATER:
 Waren Sie als VATER bei der Geburt anwesend? JA / NEIN
 wenn ja, was empfanden Sie dabei:

Geburt:

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an (x) und geben Sie dazu die erforderlichen Erläuterungen:

Handelte es sich um:

- () Frühgeburt Tage zu früh
 () Übertragung Tage übertragen
 () Hausgeburt Hebamme:
 () Klinikgeburt Krankenhaus:
 () künstlich eingeleitete Geburt Methode:
 () Zangengeburt
 () Geburt mittels Saugglocke
 () Kaiserschnitt
 () Steißgeburt
 () Zwillingsgeburt: Dieses Kind ist: 1. ZWILLING / 2. ZWILLING

Geburtsverlauf:

Dauer (ab den ersten Wehen): Stunden Geburtsgewicht: Gramm

Körpergröße: cm Kopfumfang: cm

Bitte kreuzen Sie die bei der Geburt möglicherweise aufgetretenen **Komplikationen** an (x) und erläutern Sie diese kurz, wo es notwendig ist:

- () Unverträglichkeit der elterlichen Blutgruppen
 () Wehenschwäche
 () auffällige Kindslage
 () Abnahme der kindlichen Herztöne (< 100)
 () Nabelschnurumschlingung um den Hals
 () Fruchtwasseraspiration beim Kind
 () Verzögerung der Atmung (des ersten Schreis) um Minuten
 () Sauerstoffbeatmung
 () Blutaustausch nach der Geburt
 () Brutkastenlagerung Dauer:
 () Gelbfärbung des Kindes in den ersten Wochen nach der Geburt
 () sonstige:

APGAR-Score (Beurteilung des Säuglings durch den Arzt):

nach 1 min: nach 5 min: nach 10 min:

Wie war die Hautfarbe nach der Geburt?

ROSIG BLAUROT BLASS GELB OHNE ANGABEN

War die Nachgeburt in Ordnung? JA / NEIN

Wie waren Sie und Ihr Kind im Krankenhaus untergebracht?

.....

Dauer des Krankenhausaufenthaltes nach der Geburt?

Dauer und Verlauf der Stillzeit:

Schlaf des Kindes:

Dauer der Unterbringung im elterlichen Schlafzimmer:
 Gewöhnte es sich gut an sein eigenes Bett / Zimmer? JA/NEIN
 Wie ging es Ihrem Kind in den ersten Nächten im eigenen Bett/Zimmer?

Wünscht sich Ihr Kind ein bestimmtes Einschlafritual? JA / NEIN
 wenn ja, welches und von wem: VATER / MUTTER

In welchem Alter konnte Ihr Kind nachts durchschlafen?
 Wie viel Stunden schläft Ihr Kind täglich?
 Mittagsschlaf: Nachtschlaf:

Traten im 1. Lebensjahr folgende **Krankheiten oder Störungen** auf? Bitte kreuzen Sie an:

- Trinkschwäche
- Einschlafstörungen
- Ernährungsstörungen
- Fieberkrämpfe
- Hirnhautentzündung / Gehirnentzündung
- Lungenentzündung
- Neugeborenen- bzw. Säuglingskrämpfe
- Unfälle mit Bewusstlosigkeit
- sonstige Erkrankungen im 1. Lebensjahr:

Wie empfanden Sie die Kinderpflege im Allgemeinen:

ERFREULICH PROBLEMFREI ERSCHÖPFEND SORGENREICH

Das Kind konnte:

- | | | |
|---|--------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> den Kopf heben | im Alter von | Monaten |
| <input type="checkbox"/> allein sitzen | im Alter von | Monaten |
| <input type="checkbox"/> allein stehen | im Alter von | Monaten |
| <input type="checkbox"/> allein gehen | im Alter von | Monaten |
| <input type="checkbox"/> erste Worte sprechen (z.B.: Mama, Papa) | im Alter von | Monaten |
| <input type="checkbox"/> erste Zweiwortsätze bilden (z.B.: Ball da) | im Alter von | Monaten |
| <input type="checkbox"/> tagsüber sauber bleiben | im Alter von | Monaten |
| <input type="checkbox"/> nachts sauber bleiben | im Alter von | Monaten |
| <input type="checkbox"/> tagsüber trocken bleiben | im Alter von | Monaten |
| <input type="checkbox"/> nachts trocken bleiben | im Alter von | Monaten |

Bemerkten Sie bei Ihrem Kind anfangs Sprachauffälligkeiten? JA / NEIN
 wenn ja, welche:

Wie würden Sie die **Sauberkeitserziehung** Ihres Kindes beschreiben?

.....

Wie erlebten Sie die Sauberkeitserziehung Ihres Kindes?

.....
.....

Über welche **Entwicklungsschritte** Ihres Kindes haben Sie sich als MUTTER besonders gefreut?

.....
.....

Über welche **Entwicklungsschritte** Ihres Kindes haben Sie sich als VATER besonders gefreut?

.....
.....

2.18 Spiel- und Kontaktverhalten

Zeigt sich Ihr Kind interessiert an seinem Umfeld?

JA / NEIN

Nimmt Ihr Kind Blickkontakt auf, wenn es angesprochen wird? Kann es sich mit sich oder mit Spielzeug beschäftigen?

JA / NEIN

JA / NEIN

Aus welchen Gründen schreit Ihr Kind meistens (Versuchen Sie, die verschiedenen Gründe nach Ihrer Häufigkeit zu ordnen):

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Wie lange hat/hatte Ihr Kind seinen Schnuller (oder einen ähnlichen Gegenstand) und wie hat es sich davon gelöst?

.....
.....

Hat Ihr Kind einen besonders bevorzugten Gegenstand (Kuscheltier, Tuch, etc.)? wenn ja, wann und wie oft verlangt es nach ihm:

JA / NEIN

.....

Wie verhält sich das Kind **gegenüber Erwachsenen** und wie reagieren diese darauf? Die **Großeltern** (von VATER / MUTTER):

.....
.....

VerkäuferInnen (z. B: im Supermarkt):

.....
.....

vollkommen **fremde Personen**:

.....
.....

Wie verhält das Kind sich **gegenüber anderen Kindern**?

.....
.....

Was für eine Reaktion ruft es mit seinem Verhalten bei diesen hervor?

.....
.....

Welche typische Beispielsituation fällt Ihnen dazu ein?

.....
.....

Besucht Ihr Kind mit Ihnen eine **Spielgruppe**?

JA / NEIN

Wenn ja, kann es sich dort von der Mutter trennen?

JA / NEIN

Wenn ja, wie lange dauert es, bis Ihr Kind sich lösen kann?

.....

Wenn ja, wie verhält sich Ihr Kind, wenn in der Gruppe Unruhe entsteht?

.....
.....

Kann Ihr Kind schwimmen?

JA / NEIN

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne?

.....

Was für Spiele spielt Ihr Kind mit Ihnen zusammen?

.....
.....

Wenn es jetzt noch etwas gibt, das Ihnen wichtig ist und das Sie mir mitteilen wollen, so ist hier der Platz dafür:

.....

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich mit dem Ausfüllen des Bogens gemacht haben!