



Patientenname: _____, geb. _____

Bitte kreuzen sie das Zutreffende an.

- Gab es Schwierigkeiten während der Schwangerschaft? nein ja
- Gab es Schwierigkeiten während der Entbindung? nein ja
- Gibt es Allergien, Asthma oder Neurodermitis in Ihrer Familie? nein ja
- Gibt es vererbare Erkrankungen in Ihrer Familie? nein ja
- Stillen Sie Ihr Kind? ja nein
- ... falls es nicht gestillt wird - welche Nahrung erhält es? _____
- Gibt es Schwierigkeiten beim Füttern? nein ja
- Erhält ihr Kind einmalig pro Tag Vitamin D? ja nein
- Nimmt ihr Kind schon Blickkontakt auf? ja nein
- Lässt es sich auf den Arm beruhigen? ja nein
- Nehmen Sie sich im Alltag genügend Ruhepausen? ja nein
- Fühlen Sie sich erschöpft oder niedergeschlagen? nein ja
- Gab es Veränderungen in der Familie des Kindes (oder im Kontakt mit wichtigen Bezugspersonen)? nein ja

Worüber freuen Sie sich besonders?

Macht Ihnen etwas Sorgen?

Ihre Fragen:
