



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Fragebogen zur U4

3. bis 4. Lebensmonat

Bei der U4 geht es um Gedeihen, Kopfkontrolle, das erste Lächeln – und um die ersten Impfungen. Ihre Beobachtungen zu Hause sind für uns so wichtig wie die Untersuchung selbst.

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

SEIT DER LETZTEN VORSORGE

War Ihr Kind seit der letzten Vorsorge ernsthaft krank (Fieber über mehrere Tage, Lungenentzündung, Harnwegsinfekt o. Ä.)?

☐ ja

☐ nein

Gab es einen Krankenhausaufenthalt, eine Operation oder einen Unfall?

☐ ja

☐ nein

Hatte Ihr Kind einen Krampfanfall oder eine Bewusstlosigkeit?

☐ ja

☐ nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

☐ ja

☐ nein

Ist eine Allergie oder Unverträglichkeit neu aufgefallen?

☐ ja

☐ nein

War Ihr Kind zwischenzeitlich bei anderen Ärztinnen oder Ärzten (auch Notdienst, Klinik, Fachpraxis)?

☐ ja

☐ nein

Hatte Ihr Kind Trinkschwierigkeiten oder hat es schlecht zugenommen?

☐ ja

☐ nein

Gab es Verstopfung oder Veränderungen beim Stuhlgang?

☐ ja

☐ nein

Falls ja: Was genau, wann, und wie wurde behandelt? (Medikamente bitte mit Namen)



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

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)?

ENTWICKLUNG UND VERHALTEN

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie Sie Ihr Kind in den letzten Wochen erlebt haben.

Hält Ihr Kind in Bauchlage den Kopf sicher hoch und stützt sich auf die Unterarme? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Hält es den Kopf in Rückenlage meist in der Mitte? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Bringt es die Hände in der Körpermitte zusammen oder zum Mund? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Folgt es mit den Augen einem Gegenstand von einer Seite zur anderen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Wendet es sich Geräuschen oder Ihrer Stimme zu? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Lächelt es Sie an, wenn Sie es ansprechen (soziales Lächeln)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Freut es sich sichtbar über Zuwendung (strampelt, lacht, gurr)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Macht es schon Laute wie „gurren“ oder „brabbeln“? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

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



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

Lässt sich Ihr Kind meist gut beruhigen? ☐ ja ☐ nein

Bevorzugt Ihr Kind deutlich eine Kopfseite oder hat es eine abgeflachte Stelle am Hinterkopf? ☐ ja ☐ nein

HÖREN

Wurde das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt und war es unauffällig? ☐ ja ☐ nein

Reagiert Ihr Kind auf Ihre Stimme und auf Geräusche, auch wenn es Sie nicht sieht? ☐ ja ☐ nein

IMPFUNGEN

Wurden alle bisher empfohlenen Impfungen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wurden Impfungen an anderer Stelle (Klinik, andere Praxis, Gesundheitsamt) gegeben, die uns noch nicht vorliegen? ☐ ja ☐ nein

Gab es nach einer Impfung eine starke Reaktion? ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie beim Termin über Impfungen sprechen, auch über Bedenken? ☐ ja ☐ nein

Ist in der Familie seit der letzten Vorsorge eine wichtige Erkrankung neu aufgetreten (z. B. Allergie, Asthma, Epilepsie, Herz, Schilddrüse)? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: bei wem und was?

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

IHRE FRAGEN UND WÜNSCHE

Worüber möchten Sie beim Termin sprechen? (Mehrfachauswahl)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Stillen und Ernährung, Beikost-Start | ☐ Sicherer Schlaf | ☐ Schreien und Schlafprobleme |
| ☐ Unfallverhütung (Wickeltisch, Autositz) | ☐ Sprachförderung: mit dem Kind sprechen, singen | ☐ Impfungen |
| ☐ Vitamin D und Fluorid | ☐ Zurück in den Beruf, Betreuung | |



PVZ – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunkte Kinderpneumologie und Allergologie

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

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 U4 mitbringen

Gelbes Untersuchungsheft und Impfausweis

Versichertenkarte

Eine frische Windel und etwas zu trinken

Falls vorhanden: Befunde von anderen Praxen oder Kliniken

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.