

Name \_\_\_\_\_

## U2 Elternfragebogen

	Ja	Nein
Haben Sie Schwangerschaft und Geburt in überwiegend pos. Erinnerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlief die Geburt ohne Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wollen Sie Ihr Kind stillen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie genügend Unterstützung bei der Geburt erfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War der Vater des Kindes bei der Geburt anwesend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Unterstützung in der Familie oder im Freundeskreis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen Sie die Hilfe einer Hebammenbetreuung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich kräftig genug, den Alltag mit Ihrem Kind zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind Kontakt zu Ihnen sucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihrem Kind ein Stoffwechselltest mittels Blutentnahme durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde ein apparativer Hörtest durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in der Familie angeborene Hüfterkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>