

# U2

Datum.....

Name..... geb. .... Alter.....Alter korr. ....

## Elternfragen

nein ja

Gab es Schwierigkeiten in der Schwangerschaft?		
Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente genommen? wenn ja, welche?:	<input type="radio"/>	
Gab es Schwierigkeiten bei der Entbindung? wenn ja, welche?:	<input type="radio"/>	
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Heuschnupfen, Asthma oder Neurodermitis? wenn ja, wer?: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Geschwister Ihres Kindes	<input type="radio"/>	
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einem <b>angeborenen</b> Hüftschaden/Spreizhose? wenn ja, wer?: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Geschwister Ihres Kindes	<input type="radio"/>	
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer <b>angeborenen</b> Augenerkrankung (z.B. Katarakt (grauer Star), Glaukom (grüner Star), Netzhauttumor)?	<input type="radio"/>	
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer vererbbaeren Erkrankung? wenn ja, wer/ welche?	<input type="radio"/>	
Raucht jemand in Ihrer Familie?	<input type="radio"/>	
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	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist es Ihnen gelungen in der Schwangerschaft auf Alkohol zu verzichten?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	