

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 angeborenen 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 angeborenen 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"/>	