

U3

Datum.....

Name..... geb.Alter(4-6W)....., korr.

U2 bei uns gemacht? nein ja -> Fragen streichen!**Elternfragen****nein ja**

Gab es Schwierigkeiten in der Schwangerschaft? wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente genommen? wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Gab es Schwierigkeiten bei der Entbindung? wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Heuschnupfen, Allergien, Asthma oder Neurodermitis? wenn ja, wer?: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Geschwister Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einem angeborenen Hüftschaden/Hüftdysplasie/Spreizhose? wenn ja, wer?: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Geschwister Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer angeborenen Augenerkrankung (z.B. Katarakt (grauer Star), Glaukom (grüner Star), Netzhauttumor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer vererbaren Erkrankung? wenn ja, wer/ welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Raucht jemand in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Hatten Sie in den letzten vier Wochen Sorgen wegen der Gesundheit, des Verhaltens oder der Entwicklung Ihres Kindes? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Sorgen wegen Ihrer familiären Situation? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	

Fragen an die Mutter**stimmt nicht stimmt**

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Mein Baby schreit sehr oft und lässt sich nur schwer beruhigen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe niemanden , der mich wenigstens stundenweise entlastet	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
Alkoholgenuss (auch Bier / Wein) in der Schwangerschaft: <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> gelegentlich			

So fühlte ich mich während der letzten 7 Tage*:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:
 Genauso oft wie früher <input type="checkbox"/>
 Nicht ganz so oft wie früher <input type="checkbox"/>
 Eher weniger als früher <input type="checkbox"/>
 Überhaupt nie <input type="checkbox"/></p> <p>2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:
 So oft wie früher <input type="checkbox"/>
 Eher weniger als früher <input type="checkbox"/>
 Viel seltener als früher <input type="checkbox"/>
 Fast gar nicht <input type="checkbox"/></p> <p>3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:
 Ja, sehr oft <input type="checkbox"/>
 Ja, manchmal <input type="checkbox"/>
 Nicht sehr oft <input type="checkbox"/>
 Nein, nie <input type="checkbox"/></p> <p>4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:
 Nein, nie <input type="checkbox"/>
 Ganz selten <input type="checkbox"/>
 Ja, manchmal <input type="checkbox"/>
 Ja, sehr oft <input type="checkbox"/></p> <p>5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:
 Ja, ziemlich oft <input type="checkbox"/>
 Ja, manchmal <input type="checkbox"/>
 Nein, fast nie <input type="checkbox"/>
 Nein, überhaupt nie <input type="checkbox"/></p> | <p>6. Mir ist alles zu viel geworden:
 Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="checkbox"/>
 Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen <input type="checkbox"/>
 Nein, ich wusste mir meistens zu helfen <input type="checkbox"/>
 Nein, ich konnte alles so gut wie immer Bewältigen <input type="checkbox"/></p> <p>7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:
 Ja, fast immer <input type="checkbox"/>
 Ja, manchmal <input type="checkbox"/>
 Nein, nicht sehr oft <input type="checkbox"/>
 Nein, nie <input type="checkbox"/></p> <p>8. Ich war traurig und fühlte mich elend:
 Ja, sehr oft <input type="checkbox"/>
 Ja, ziemlich oft <input type="checkbox"/>
 Nein, nicht sehr oft <input type="checkbox"/>
 Nein, nie <input type="checkbox"/></p> <p>9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:
 Ja, sehr oft <input type="checkbox"/>
 Ja, ziemlich oft <input type="checkbox"/>
 Nur manchmal <input type="checkbox"/>
 Nein, nie <input type="checkbox"/></p> <p>10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:
 Ja, oft <input type="checkbox"/>
 Manchmal <input type="checkbox"/>
 Selten <input type="checkbox"/>
 Nein, nie <input type="checkbox"/></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

So geht es meinem Baby**:

Mein Baby....

	fast nie	häufig	fast immer
...schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...läßt sich auf dem Arm nicht beruhigen, macht sich steif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...lässt sich keinen Moment ablegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...verweigert die Brust/die Flasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist extrem irritierbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familiäre Situation**:

	fast nie	häufig	fast immer
Mir bleibt kein Moment zum Duschen und Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Nerven liegen blank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst als Mutter zu versagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schreien ist unerträglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich plage mich mit Ängsten meinem Baby könnte etwas passieren ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Probleme belasten die Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*EPDS, **nach M.Papousek