

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