



U2

Name _____ geb. _____ Alter _____ Datum: _____

Elternfragebogen

	ja	nein
Gab es Schwierigkeiten in der Schwangerschaft? wenn ja, welche?:		
Gab es Schwierigkeiten bei der Entbindung? wenn ja, welche?:		
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Heuschnupfen, Asthma oder Neurodermitis? wenn ja, wer?: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister Ihres Kindes		
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einem angeborenen Hüftschaden/ Spreizhose? wenn ja, wer?: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister Ihres Kindes		
Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit einer vererbaren Erkrankung? wenn ja, wer/ welche?		

Fragen an die Mutter

	ja	nein
Gibt es jemanden in Ihrer Familie, der Sie wenigstens stundenweise entlastet?		