



U4

Name_____ geb._____ Alter_____ Datum: _____

Elternfragebogen

	ja	nein
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?		
Schaut Ihr Kind Sie fest an und blickt Ihnen nach?		
Lach es oder quietscht es oder gurr es, wenn Sie mit ihm scherzen?		
Dreht es den Kopf zu Ihnen, wenn es Sie sprechen hört?		
Spielt Ihr Kind mit seinen Fingern oder schaut diese an?		
Mag es kuscheln und körperliche Nähe?		
Lässt es sich auf dem Arm beruhigen?		
Braucht es meist nur weniger als 30 min zum Einschlafen?		
Lässt es sich an der Brust/mit der Flasche gut füttern?		
Braucht es für die Mahlzeiten meist weniger als 45 Minuten?		
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie unverändert ?		
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?		
Gibt es jemanden in der Familie oder im nahen Umfeld, der Sie wenigstens stundenweise entlastet?		

Mein Baby*....**fast nie häufig fast immer**

...schreit und quengelt ohne erkennbaren Grund			
...ist extrem willensstark			
...fordert ständige Aufmerksamkeit und Unterhaltung			
...ist übermüdet, überreizt, findet aber nicht in den Schlaf			
...schreit ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage			
...schreit so, dass es unerträglich ist, was bei mir ein Gefühl von Hilflosigkeit, Angst, Frustration oder Wut auslöst			
...verweigert die Brust/die Flasche			
...ist trinkfaul, trinkt nur mit Druck oder Zwang			
...ist extrem irritierbar			
...vermeidet den Blickkontakt			
...ist auffallend ernst			

Familiäre Situation:**fast nie häufig fast immer**

Mir bleibt kein Moment zum Duschen und Essen			
Ich fühle mich isoliert und mit meinen Sorgen allein gelassen			
Die Nerven liegen blank			
Ich habe Angst als Mutter zu versagen			
Ich traue mich mit dem Baby nirgendwo hin			
Ich plage mich mit Ängsten meinem Baby könnte etwas passieren			
Ich finde vom Gefühl her keinen Zugang zu meinem Baby			
Die Probleme belasten die Partnerschaft			