

## U2

Name des Kindes:

Datum:

1. Haben Sie Schwangerschaft und Geburt in überwiegend positiver Erinnerung?
2. Verlief die Geburt ohne Komplikation?
3. Wollen Sie Ihr Kind stillen?
4. Haben Sie genug Unterstützung bei der Geburt erfahren?
5. War der Vater Ihres Kindes bei der Geburt anwesend?
6. Haben Sie Unterstützung in der Familie und im Freundeskreis?
7. Nutzen Sie die Hilfe einer Hebamme?
8. Fühlen Sie sich kräftig genug, den Alltag mit Ihrem Kind zu bewältigen?
9. Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit Ihrem Kind?
10. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind Kontakt zu Ihnen sucht?
11. Wurde bei Ihrem Kind ein Stoffwechselltest mittels Blutentnahme durchgeführt?
12. Wurde bei Ihrem Kind ein Test auf Mukoviszidose/Stoffwechselstörungen durchgeführt?
13. Wurde ein apparativer Hörtest durchgeführt?
14. Sind in Ihrer Familie angeborene Hüfterkrankungen bekannt?
15. Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?
16. Ist Ihnen etwas Besonderes aufgefallen?