

# Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf

## Pädiatrischer Anhaltsbogen für die Früherkennungsuntersuchung (U3-U6)

überarbeitete Version 2015

### Entwicklung:



Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin am  
Universitätsklinikum Freiburg



Technische Universität München  
Lehrstuhl Sozialpädiatrie der  
Technischen Universität München

### Förderung:



Projektnummer:

1010027401 NZFH/II.40 (Entwicklung, Validierung)



Projektnummer:

LP00176-WV12 (Praxisevaluation, Follow-Up)

### Kooperationspartner:



Bayerisches Staatsministerium für  
Arbeit und Soziales, Familie und Integration

# Pädiatrischer Anhaltsbogen für die Früherkennungsuntersuchung (U3-U6)

Alter Mutter: \_\_\_\_\_

Alter Vater: \_\_\_\_\_

Mutter jünger als 18 Jahre:  ja  nein

Anzahl Geschwister: \_\_\_\_\_

Alter Geschwister: \_\_\_\_\_

Familienanamnese	<b>Schwangerschaft / Geburt</b>											
	Risikonummern*:		06	07	13	25	29	30	31			
	Anzahl Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen: _____											
	Erstuntersuchung Schwangerschaftswoche: _____											
	<b>Fürsorgeanforderungen / Familiäre Erkrankungen / Belastungen</b>											
	Kind mit erhöhten Fürsorgeanforderungen (z.B. Mehrlinge): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein											
Notiz: _____												
Schwere Erkrankungen in der Familie - wer / welche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Notiz: _____												
Sonstige Belastungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Notiz: _____												

\* Risikonummern der Gynäkologie (Mutterpass / gelbes Heft)

Gesundheitsfürsorge	<b>Durchgeführte U-Untersuchungen</b>											
	U1		U2		U3		U4		U5		U6	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Kinderarztwechsel <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>												

Bio Psycho Soziale Belastungen	<b>Familienanamnese</b>	<i>U3</i>		<i>U4</i>		<i>U5</i>		<i>U6</i>		
		<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	
		Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie zu übersteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>Auffälligkeiten beim Kind</b>								
		Pflege / Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Entwicklung / Verhalten (Sicht des Pädiaters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Entwicklung / Verhalten (Sicht der Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>Belastungen der Hauptbezugsperson</b>								
		starke Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		selbstberichtete mangelnde Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Eltern-Kind-Interaktion</b>									
	mangelnde Zuwendung (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	wenig einfühlsames Handling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Anzeichen von Überforderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Regulationsstörungen</b>									
	Exzessives Schreien / starke Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fütterstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Anzeichen postpartaler Depression</b>									
	Interessenlosigkeit, Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Familiäre Ressourcen:**

## Medizinische Maßnahmen

	U3		U4		U5		U6	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. Vertiefende eigene Abklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sozialpädiatrisches Zentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kinderschutzambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Andere medizinische Fachbereiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notiz:

## Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe

	U3		U4		U5		U6	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. Koordinierende Kinderschutzstelle (KoKi-Netzwerk frühe Kindheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Allgemeiner Sozialdienst (ASD) bzw. Bezirksozialarbeit (BSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notiz:

## Umsetzung der Maßnahmen

Maßnahme von Eltern durchgeführt  ja  nein

Art und Ergebnisse der Maßnahme