

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

## Postnataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“

### Familienanamnese

- familiäre Situation (z. B. alleinerziehend, Patchwork-Familie)
- psychische Belastung
- Mutter unter 20 Jahre alt
- mehrere Kinder, dichte Geburtenfolge
- problematische finanzielle Situation (u. a. staatl. Unterstützungsleistungen)
- soziale Isolation (Nachbarschaft, Familie, Freunde)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich immer auf beide Elternteile (sofern in die Erziehung eingebunden).

### Wahrnehmungen/Attributionen des Kindes

**Womit hat das Kind Sie zuletzt erfreut?**

---



---

**Gibt es irgendetwas, was Sie verunsichert oder besorgt an der Entwicklung und/oder dem Verhalten des Kindes?**

---



---

### Fragen zur kommunikativen und sozialen Entwicklung

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Nonverbale Kommunikation: altersgerechtes Lächeln?</b> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Sprachentwicklung altersgerecht?</b>                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Soziale Entwicklung altersgerecht?</b>                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Spielverhalten altersgerecht?</b>                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Fragen zur Regulationsfähigkeit des Kindes

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Schreit das Kind sehr häufig oder ist es sehr unruhig?</b>                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Klappt es mit dem Schlafen?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Klappt es mit dem Füttern/ Essen?</b>                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Ist das Kind auffallend aggressiv?</b>                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Gibt es etwas, das den Eltern in Bezug auf diese Punkte Sorge bereitet?</b> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

---

---

### Fragen zu Erziehungsschwierigkeiten (bei Kindern ab 1 Jahr)

Wie gut reagiert Ihr Kind, wenn Sie ihm etwas verbieten müssen?

---

Was machen Sie oder Ihr Partner, wenn es nicht auf Sie hört?

---

Wie gut klappt es mit dem Zähneputzen?

---

### Fragen zu erkannten Belastungen in den oben gestellten Fragen

Wie belastend ist das für Sie? Halten Sie es noch aus?

---

---

### Fragen zur aktuellen Familiensituation

Die ersten Lebensjahre sind für Eltern oft sehr anstrengend und häufig ist man phasenweise sehr erschöpft.

**Wie geht es Ihnen? Wie erschöpft fühlen Sie sich? Wird Ihnen manchmal alles zu viel? Finden Sie auch mal Zeit für sich? Können Sie sich mal erholen?**

---

---

Haben Sie gerade in Zeiten, die besonders anstrengend sind oder in denen Sie sich erschöpft fühlen, eine zuverlässige Unterstützung, beispielsweise durch Ihren Partner bzw. Ihre Familie oder andere Personen? Denken Sie, dass mehr Unterstützung hilfreich wäre?

---

---

Fühlten Sie sich in letzter Zeit häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

Ja

Nein

Hatten Sie in letzter Zeit deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Ja

Nein

**Fazit:** Gemeinsame Einschätzung von Familie und Arzt zu erlebter Belastung und vorhandenen Ressourcen

Liegt eine Belastung aus Sicht der Familie vor?

Ja

Nein

Liegt eine Belastung aus Sicht des Arztes vor?

Ja

Nein

Sind die Eltern zu einem weiteren Gespräch bereit?

Ja

Nein

---

---

Datum

Unterschrift des Arztes