Babyambulanz
Von Anfang an.
Hilfe & Beratung von 0 bis 3

Willistraße 7
22299 Hamburg
Telefon: +49.(0)40.27 88 08 86
Email: info@vonanfang.de
www.vonanfang.de

# Elternfragebogen

Ausgefüllt am:

Ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige:

Familie:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Email:

Telefon/Fax:

Vorstellungsgrund:

Empfohlen von/durch:

*Liebe Eltern,*

*bitte nehmen Sie sich eine Weile Zeit zum Ausfüllen diesen Fragebogens. Sie helfen uns damit, rascher zu erkennen, wie wir Sie am besten beraten können.*

*Wir bemühen uns, unsere Beratung durch wissenschaftlichen und kollegialen Austausch ständig zu verbessern und auf dem neuesten Stand zu halten. Zum Konzept der Entwicklungspsychologischen Beratung gehören kurze Videosequenzen von Eltern-Kind-Interaktionsszenen.*

*Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis, dass wir diese Videos im Rahmen des wissenschaftlichen und kollegialen Austausches innerhalb des Teams der Babyambulanz – Von Anfang an. verwenden dürfen. Dabei wird selbstverständlich die Anonymität Ihrer Familie und der Personen- und Datenschutz gewahrt.*

## Einverständniserklärung

Die Mutter / der Vater erklärt sich damit einverstanden, dass beratungsrelevante Daten gemäß den aktuellen Datenschutzbestimmungen verarbeitet werden dürfen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite www.vonanfang.de.
Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Videoaufzeichnungen von Eltern-Kind-Interaktionsszenen im Rahmen des wissenschaftlichen und kollegialen Austausches innerhalb des Teams der Babyambulanz – Von Anfang an. verwendet werden.

Datum und Unterschrift

**Name des Kindes:**

Geburtsdatum:

Errechneter Geburtstermin:

Zum Schwangerschaftsverlauf:

Geburt:

Geschwister (mit Geburtsdatum):

Behandelnde(r) Kinderarzt/ärztin:

Ernährung:

Geburts-Gewicht: Länge: Kopfumfang: Apgar-Zahl:

Risikofaktoren:

Erkrankungen:

Klinikaufenthalt wegen: Dauer:

Sonstige Behandlungen:

Vorstellungsgrund:

## Mutter

Name:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Familie der Mutter (Unterstützung, Kontakt, Besonderes):

Ausbildung/Beruf:

Zeitpunkt der Schwangerschaft:

Familiäre/berufliche Situation während der Schwangerschaft:

Befindlichkeit während der Schwangerschaft:

Frühere Schwangerschaften/Fehlgeburten:

Behandelnde(r) Gynäkologe/in:

Hebamme (Vorbereitung/Wochenbettbetreuung):

Geburtsverlauf:

Komplikationen um die Geburt:

Erleben der Geburt:

Erleben der Mutterrolle:

Allergien:

Andere Krankheiten:

## Vater

Name:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Familie des Vaters (Unterstützung, Kontakt, Besonderes):

Ausbildung/Beruf:

Familiäre/berufliche Situation während der Schwangerschaft:

Erleben der Schwangerschaft:

Erleben der Geburt:

Empfinden der Vaterrolle:

Beteiligt an früheren Schwangerschaften/Fehlgeburten:

Allergien:

Andere Krankheiten:

## Sonstiges: