

Ess- und Fütterstörung - Elternfragebogen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt am: _____

1. Gegenwärtige Füttersituation

Welche Probleme hat Ihr Kind beim Essen?

Unter welchen Bedingungen isst Ihr Kind besonders gut?

Bevorzugt Ihr Kind bestimmte Nahrungsmittel oder Nahrungsformen?

Gibt es eine Lieblingsspeise? Wenn ja, welche?

Welche Nahrungsmittel oder Nahrungsformen lehnt Ihr Kind ab?

Wie zeigt Ihr Kind, wann es Hunger hat oder satt ist?

In welcher Position wird Ihr Kind gefüttert?

Wer füttert das Kind hauptsächlich?

Wie helfen Sie sich bei Fütterproblemen?

Bei Flaschennahrung: welche Sauger verwenden Sie?

Welche Temperatur hat die Nahrung?

Wie füttern Sie Ihr Kind hauptsächlich?

mit Becher oder Schnabeltasse mit den Fingern mit dem Löffel anders: _____

2. Fütter – und Essfertigkeiten

Schließt Ihr Kind bei der Nahrungsaufnahme ausreichend die Lippen? Ja Nein

Oder rinnt die Nahrung während des Essen an den Mundwinkeln heraus? Ja Nein

Wie gut saugt Ihr Kind beim Trinken? (Stillen oder Flaschennahrung)

gut weniger gut nicht gut

Wie gut kaut Ihr Kind?

gut weniger gut nicht gut

**Kann Ihr Kind mit der Zunge die Nahrung zurecht schieben,
um die Nahrung ausreichend mit den Zähnen zerkleinern können?** Ja Nein

Kann Ihr Kind schon selber mit dem Löffel essen? Ja Nein

Benötigt es hierbei noch Hilfe? Ja Nein

Kann Ihr Kind schon selber aus dem Becher trinken? Ja Nein

Schluckt Ihr Kind die Nahrung zügig herunter? Ja Nein

Oder behält es die Nahrung lange im Mund? Ja Nein

3. Ernährungs- und Fütterungsvorgeschichte

3.1 Stillen

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Bis zu welchem Lebensmonat haben Sie Ihr Kind gestillt? _____

Wann haben Sie abgestillt? _____

Was waren für Sie die Gründe, nicht zu stillen oder abzustillen?

3.2 Füttersituation in den ersten drei Lebensmonaten

Haben Sie Ihr Kind zu gewissen Uhrzeiten gefüttert? Ja Nein

Oder wenn Sie das Gefühl hatten, dass es hungrig ist? Ja Nein

Wie viele Mahlzeiten gab es pro Tag? _____

Wie lange dauerten die Mahlzeiten? _____

Wie groß war die Nahrungsmenge, die Ihr Kind pro Mahlzeit zu sich nahm? _____

Wie war das Verhalten Ihres Kind während der Mahlzeiten in den ersten drei Monaten?

Wie erlebten Sie selbst die Füttersituation?

3.3 Füttersituation nach dem dritten Lebensmonat

Wann haben Sie mit der Zufütterung begonnen? _____

Was haben Sie zugefüttert?

Wann hat Ihr Kind begonnen, breiige/feste Nahrung zu essen? _____

Wann hat Ihr Kind begonnen, mit dem Löffel zu essen? _____

Wie viele Mahlzeiten gab es pro Tag? _____

Wie lange dauerten die Mahlzeiten? _____

Wie groß war die Nahrungsmenge, die Ihr Kind pro Mahlzeit zu sich nahm? _____

Wie war das Verhalten Ihres Kindes während der Mahlzeiten?

Wie erlebten Sie selbst die Füttersituation?

4. Essgewohnheiten der Eltern

Haben Sie feste Essenszeiten?

Mutter: Ja Nein

Vater: Ja Nein

Zu welchen Uhrzeiten essen Sie?

Mutter: _____

Vater: _____

Halten Sie eine Diät ein?

Mutter: Ja Nein

Vater: Ja Nein

Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht?

Mutter: Ja Nein

Vater: Ja Nein

Fühlen Sie sich zu dick?

Mutter: Ja Nein

Vater: Ja Nein

Leiden Sie selbst an Übergewicht?

Mutter: Ja Nein

Vater: Ja Nein

Hatten Sie selber schon einmal Probleme mit dem Essen?

Mutter: Ja Nein Wenn ja, als Kind Jugendliche Erwachsene

Vater: Ja Nein Wenn ja, als Kind Jugendlicher Erwachsener

Gibt es Geschwisterkinder mit Problemen beim Essen?

Ja Nein

Essen Sie mit Ihrem Kind in der Familie gemeinsam?

Ja Nein