



Ess- und Fütterstörung – Elternfragebogen¹

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ausfülldatum: _____

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?

(z. B. Breiart, feste Nahrung oder flüssige Nahrung)

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?

(z. B. im Hochstuhl, Kinderstuhl, auf Ihrem Schoß oder beim Herumlaufen/Krabbeln)

Wer füttert das Kind hauptsächlich? _____

Wie helfen Sie sich bei Fütterproblemen?

Bei Flaschennahrung: Welchen Sauger verwenden Sie? _____

Welche Temperatur hat die Nahrung? _____

¹ In Anlehnung an „Ess- und Fütteranamnese im Säuglings- und Kleinkindalter“ von N. v. Hofacker, S. Eder & P. Sobanski, 2002



Wie füttern Sie Ihr Kind hauptsächlich?

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

2. Fütter- und Essfertigkeiten

**Schließt Ihr Kind bei der Nahrungsaufnahme ausreichend die Lippen?
Oder rinnt die Nahrung während des Essens an den Mundwinkeln heraus?** Ja Nein
 Ja Nein

Wie gut saugt Ihr Kind beim Trinken? (beim 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 zu können?** Ja Nein

**Kann Ihr Kind schon selber mit dem Löffel essen?
Oder benötigt es dabei Hilfe?** Ja Nein
 Ja Nein

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

**Schluckt Ihr Kind die Nahrung zügig herunter?
Oder behält es die Nahrung lange im Mund?** Ja Nein
 Ja Nein

3. Ernährungs- und Fütterungsvorgeschichte

3.1 Stillen

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Bis zu welchem Lebensmonat haben Sie Ihr Kind voll gestillt? _____

Wann haben Sie abgestillt? _____

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

3.2 Füttersituation in den ersten 3 Lebensmonaten

**Haben Sie Ihr Kind zu gewissen Uhrzeiten gefüttert?
Oder wenn Sie das Gefühl hatten, dass es hungrig ist?** Ja Nein
 Ja Nein

Wie viele Mahlzeiten gab es pro Tag? _____

Wie lange dauerten die Mahlzeiten? (das Füttern/Stillen) _____

Wie groß war die Nahrungsmenge, die Ihr Kind pro Mahlzeit zu sich nahm? (ungefähre Angabe
in ml oder g) _____



Wie war das Verhalten Ihres Kindes während der Mahlzeiten in den ersten 3 Monaten?

Wie erlebten Sie selbst die Füttersituation?

3.3 Füttersituation nach dem 3. 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? (ungefähre Angabe in ml oder g) _____

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 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