



---

## **Ess- und Fütterstörung – Elternfragebogen<sup>1</sup>**

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? \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 Schnabeltasse  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