



Fragebogen zur U4

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

ausgefüllt am:

von:

Gab oder gibt es bei Ihrem Kind bisher....	ja	nein
schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle?		
Schwierigkeiten beim Trinken oder Schluckstörungen?		
auffälliges Schreien?		
auffällige Stühle, z.B. Verstopfung?		
Ihr Kind....	nein	ja
ist oft ausgeglichen?		
lässt sich gut beruhigen?		
beugt und streckt Arme und Beine abwechselnd kräftig?		
kann sich in Bauchlage auf den Unterarmen abstützen und den Kopf mindestens 1 Minute gehoben halten?		
bringt die Hände spontan zur Körpermitte?		
versucht Geräuschquellen durch Drehen des Kopfes zu sehen?		
freut sich über Zuwendung und kann Blickkontakt halten?		
lächelt Bezugspersonen an?		
schaut sich aufmerksam Ihr Gesicht an?		
Wie ernähren Sie Ihr Kind?		
Es wird voll gestillt. Etwa x/Tag		
Es erhält zusätzlich () oder ausschließlich () Formulanahrung (Flasche). Etwa x/Tag ml.		
Erhält es täglich Vitamin D und Fluor?		
Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes?		
Sie fühlen sich gut und haben Unterstützung zu Hause?		
Ist Ihr Kind teilweise in fremder Betreuung (Großeltern, Tagesmutter, Krippe)?		

Bitte beurteilen Sie die Stuhlfarbe Ihres Kindes:

