



**Fragebogen zur U3** | Name des Kindes: \_\_\_\_\_

ausgefüllt von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

- |   |                               |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Gibt es Schwierigkeiten beim Füttern?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwerwiegende Erkrankungen seit der U2?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es auffälliges Schreien?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Erhält Ihr Kind regelmäßig Vitamin D?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Erhält es regelmäßig Fluorid?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Sind Sie über die Bedeutung von Vitamin D und Fluorid ausreichend informiert?                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Sind Sie über die Bedeutung Ihrer eigenen Impfungen für Ihr Kind ausreichend informiert?            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Dreht Ihr Kind den Kopf einigermaßen ausgeglichen mal nach rechts, mal nach links?                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Liegt es mindestens 30min am Tag wach auf dem Bauch und kann dabei den Kopf einige Sekunden halten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Öffnet es gelegentlich die Hände?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Nimmt Ihr Kind schon Blickkontakt auf?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Lässt es sich auf dem Arm beruhigen?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Ist die gesamte Wohnung völlig rauchfrei?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Bekommen Sie Besuch von einer Hebamme?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Bekommen Sie im Alltag genügend Ruhepausen?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Fühlen Sie sich erschöpft oder niedergeschlagen?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Macht Ihnen etwas große Sorgen?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |

Ihre Fragen: