



Fragebogen zur U4 | Name des Kindes: _____

ausgefüllt von _____ am _____

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Stillen Sie Ihr Kind? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Falls nein – welche Nahrung erhält es? _____ | | |
| Gibt es Schwierigkeiten beim Füttern? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwerwiegende Erkrankungen seit der U3? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind die ersten Impfungen gut vertragen,
abgesehen von unkomplizierten Impfreaktionen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 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 |
| Erwidert es Ihr Lächeln und hält den Blickkontakt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lässt es sich auf dem Arm beruhigen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Dreht es den Kopf einigermaßen ausgeglichen
mal nach rechts, mal nach links? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Strampelt Ihr Kind kräftig mit Armen und Beinen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Macht es erste Versuche, nach etwas zu greifen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Liegt es mindestens 60min am Tag wach auf dem Bauch
und kann dabei den Kopf über eine Minute heben? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ist die gesamte Wohnung völlig rauchfrei? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Bekommen Sie im Alltag einigermaßen Ruhepausen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Fühlen Sie sich sehr 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: