



Fragebogen zur U5 | Name des Kindes: _____

ausgefüllt von _____ am _____

Gibt es Schwierigkeiten beim Füttern? ja nein

Bekommt Ihr Kind Breikost? nein ja

Stuhlgang regelmäßig und ohne Probleme? nein ja

Schwerwiegende Erkrankungen seit der U4? ja nein

Erhält Ihr Kind regelmäßig Vitamin D? nein ja

Erhält es regelmäßig Fluorid? nein ja

Lacht Ihr Kind? nein ja

Freut es sich, wenn es andere Kinder sieht
(oder sich selbst im Spiegel)? nein ja

Gibt es rhythmische Laute von sich (Silbenketten)? nein ja

Greift es gezielt nach Spielzeug und nimmt es von
einer Hand in die andere? nein ja

Führt es Gegenstände zum Mund? nein ja

Dreht es sich von der Rücken- in die Seitenlage? nein ja

Liegt es mindestens zwei Stunden am Tag wach auf dem
Bauch und stützt sich dabei auf die Hände? nein ja

Ist die gesamte Wohnung völlig rauchfrei? nein ja

Bekommen Sie im Alltag genügend Ruhepausen? nein ja

Fühlen Sie sich erschöpft oder niedergeschlagen? ja nein

Macht Ihnen etwas große Sorgen? ja nein

Ihre Fragen: