

Familienname: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Fragebogen zur U4

Sehr geehrte, liebe Eltern, mit dem Ausfüllen des Fragebogens helfen Sie uns, mögliche Probleme und Beratungsschwerpunkte schnell zu erkennen. Danke für Ihre Unterstützung!

- Gabe es seit der letzten Vorstellung schwerere Erkrankungen, OPs, Unfälle? ja nein
- Wenn ja, welche?

- Wird Ihr Kind gestillt? ja nein
- Wenn nein, welche Flaschennahrung füttern Sie?

- Gibt es Probleme beim Füttern/ Trinken? ja nein
- Wenn ja, welche Probleme?

- Nimmt Ihr Kind den Schnuller? ja nein

- Gibt es Probleme beim Stuhlgang? ja nein
- Wenn ja, welche Probleme?

- Gibt es Probleme mit Einschlafen / Durchschlafen ja nein
- Wenn ja, welche Probleme gibt es?

- Reagiert Ihr Kind auf laute Geräusche? ja nein
- Wendet sich Ihr Kind seinen Kopf, wenn Sie es von der Seite ansprechen? ja nein

- Reagiert Ihr Kind auf Ansprache und Anlachen mit Lächeln? ja nein

- Haben Sie beobachtet, dass Ihr Kind eine Lieblingsseite entwickelt hat? ja nein
- Toleriert Ihr Kind die Bauchlage? ja nein

- Lässt sich Ihr Kind gut beruhigen, wenn es schreit? ja nein
- Fällt es Ihnen leicht, den Grund für das Schreien zu erkennen? ja nein
- Schreit Ihr Kind auffällig viel, macht Ihnen das Schreien Sorgen? ja nein

- Gibt es Vorbelastungen mit Krankheiten in der Familie? ja nein
- Wenn ja, welche (erbl. Erkrankungen, Seh- oder Hörfehler? Hüftdysplasie, Spreizhose?)?

- Erhält Ihr Kind weiterhin regelmäßig Vitamin D? ja nein
Welches Präparat? _____

- Gibt es weitere Themen / Fragen, die Sie bei der U4 ansprechen wollen?