

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?