



Fragebogen U4 (3./4. Lebensmonat)

Familienname: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Wird Ihr Kind gestillt?
Wenn nein, welche Formula Nahrung erhält es? ja nein

Klappt das Füttern im Allgemeinen gut? ja nein
Wenn nein, welche Probleme gibt es?

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Vitamin D? ja nein

Lassen Sie Ihr Kind in Bauchlage spielen? ja nein

Hält Ihr Kind in Bauchlage für ca. eine halbe
Minute den Kopf hoch? ja nein

Sieht Ihr Kind Spielzeug interessiert an? ja nein

Folgt Ihr Kind einem Gegenstand mit den Augen
nach beiden Seiten 90°? ja nein

Schaut Ihr Kind gleichmäßig zu beiden Seiten? ja nein

Spielt Ihr Kind mit den Händen, z.B. vor dem
Gesicht? ja nein

Strampelt Ihr Kind abwechselnd mit den Beinen? ja nein

Wendet Ihr Kind den Kopf nach Ihrer Stimme? ja nein

Können Sie beim Weinen oder Schreien Ihres
Kindes die Ursache meist erkennen? ja nein

Lächelt Ihr Kind aus Zuspruch einer
Bezugsperson? ja nein

Macht Ihnen etwas Sorgen?
Wenn ja, was _____ ja nein