



Fragebogen U5 (6./7. Lebensmonat)

Familienname: _____
geboren am: _____

Vorname: _____
Geschlecht: weiblich männlich

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

Haben Sie mit Beikost begonnen ja nein

Wird diese gut vertragen? ja nein

Schläft Ihr Kind nachts gut ja nein

Interessiert sich Ihr Kind für Spielzeug? ja nein

Greift Ihr Kind gezielt nach angebotenen
Spielzeug und wechselt es von einer Hand zur
anderen? ja nein

Kann Ihr Kind sich auf die Seite oder auf den
Bauch drehen? ja nein

Dreht sich Ihr Kind schon vom Bauch auf den
Rücken? ja nein

Kann sich Ihr Kind in Bauchlage auf beiden
Unterarmen abstützen („Mini-Liegestütz“)? ja nein

Wendet Ihr Kind den Kopf nach Geräuschen? ja nein

Benimmt sich Ihr Kind gegenüber Bekannten
und Fremden unterschiedlich? ja nein

Wurde(n) die letzte(n) Impfung(en) gut
vertragen? ja nein

Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme?
Wenn ja, welche _____ ja nein