



Fragebogen U4 (3.-4. Lebensmonat)

Familienname _____ Vorname _____

Geboren am _____ Geschlecht _____

Lassen Sie Ihr Kind regelmäßig in Bauchlage spielen? ja nein

Falls nein, warum _____

Kann Ihr Kind den Kopf ca.30sek. hoch halten? ja nein

Stillen Sie? ja nein, Formelnahrung: _____

Trinkt Ihr Kind gut? ja nein In welchem Abstand? _____

Ist der Stuhlgang senffarben und weich? ja nein, eher _____

Lässt sich Ihr Kind beruhigen? ja schwer nein

Geben Sie Vitamin D? ja nein mit Fluor oder ohne? _____

Nimmt Ihr Kind Blickkontakt auf und folgt einem Gesicht oder Gegenstand?
 ja nein

Folgt der Blick nach beiden Seiten ja nein

Spielt Ihr Kind mit den Händen vor dem Gesicht? ja nein

Können Sie oft den Grund des Schreiens erkennen? ja nein

Lächelt Ihr Kind, wenn Sie es ansprechen?

Beunruhigt Sie etwas? Was? _____