



## Fragebogen U5 (6. Lebensmonat)

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Kann sich Ihr Kind auf den Bauch drehen ?  ja  nein

Auch schon vom Bauch auf den Rücken?  ja  nein

Kann sich Ihr Kind schon in Bauchlage aufstützen?  ja  nein

Reagiert Ihr Kind auf Geräusche?  ja  nein

Schläft Ihr Kind gut?  ja  nein

Stillen Sie?  ja  nein, Formelnahrung: \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind gut?  ja  nein In welchem Abstand? \_\_\_\_\_

Haben Sie mit Beikost begonnen?  ja  schwer  nein

Geben Sie Vitamin D?  ja  nein mit Fluor  oder ohne? \_\_\_\_\_

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

Wurden die Impfungen gut vertragen?  ja  nein

Kann Ihr Kind Spielzeug greifen und zur anderen Hand wechseln?  ja  nein

Fühlten Sie sich seit der Geburt glücklich und zufrieden?  ja  nein

Falls nein, welche Sorgen haben Sie? \_\_\_\_\_