

## U5 Elternfragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



	Ja	Nein
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?		
Wird Ihr Kind noch gestillt? Wenn nein, welche Milchnahrung füttern Sie?		
Haben Sie mit Beikost begonnen? Wenn ja, welche?		
Hat Ihr Kind mindestens 3x pro Woche Stuhlgang?		
Geben Sie täglich Vitamin D?		
Dreht sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken oder umgekehrt?		
Greift es nach seinen Zehen oder spielt damit?		
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind hört?		
Reagiert es, wenn Sie es rufen?		
Benutzt Ihr Kind seine Stimme, um auf sich aufmerksam zu machen?		
Beobachtet es auf Ihrem Arm die nähere Umgebung?		
Verhält es sich gegenüber fremden und bekannten Personen unterschiedlich?		
Freut es sich über andere Kinder?		
Lässt es sich auf dem Arm beruhigen?		
Benötigt es meist weniger als 30 min zum Einschlafen?		
Schläft ihr Kind nur kurz und unregelmäßig?		
Fordert es ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?		
Ist Ihr Kind schon einmal gestürzt (aus dem Bett, vom Wickeltisch, vom Sofa) oder hat es sich schon einmal verbrüht?		
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie unverändert?		
Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?		