

U4 Elternfragebogen

Name: _____

Datum: _____



	Ja	Nein
Wird Ihr Kind gestillt? Wenn nein, welche Nahrung füttern Sie?		
Geben Sie täglich Vitamin D?		
Werden Sie von einer Hebamme betreut?		
Werden Sie von Familie/Freunden unterstützt?		
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?		
Reagiert Ihr Kind auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung?		
Spielt Ihr Kind mit seinen Fingern oder schaut diese an?		
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind hört?		
Dreht es den Kopf zu Ihnen, wenn Sie leise mit ihm sprechen?		
Freut sich Ihr Baby über Zuwendung und hält den Blickkontakt?		
Erwidert Ihr Kind Ihr Lächeln?		
Lässt es sich auf dem Arm beruhigen?		
Benötigt es meist weniger als 30 min zum Einschlafen?		
Schläft Ihr Kind nur kurz und unregelmäßig bzw. schreit es ständig beim Ablegen in Bauch- oder Rückenlage?		
Fordert es ständig Aufmerksamkeit und Unterhaltung?		
Fühlen Sie sich seit der Geburt häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?		
Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?		

Wie ist die Stuhlfarbe Ihres Kindes? Bitte tragen Sie die Nummer hier ein: _____

(Die Stuhlfarbkarte finden Sie auf Seite 14 des Kinderuntersuchungsheftes oder erhalten Sie bei der Vorsorge in unserer Praxis)