

# U3

## MVZ für Familien Senger



### Fragebogen U3

Name des Kindes: \_\_\_\_\_


Geburtsdatum: \_\_\_\_\_


Frage	Ja	Nein
Welche Nahrung bekommt das Kind?		
Trinkt das Kind gut an der Brust / der Flasche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Stuhlgang normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, welche Auffälligkeiten werden beobachtet?		
Bekommt das Kind täglich Vitamin D und Fluorid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann das Kind in Bauchlage den Kopf für mind. 3 Sekunden halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffnet das Kind spontan seine Hände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrachtet das Kind das Gesicht der Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seid ihr mit der Entwicklung des Kindes <b>unzufrieden</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Wie sieht der Stuhlgang des Kindes aus? Bitte kreuze an:




normal

  
1

  
2

  
3

  
4

auffällig

  
5

  
6

  
7

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

Geschafft! Vielen Dank fürs Ausfüllen! 😊