



Fragebogen U4

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"/>
Streckt und beugt das Kind Arme und Beine (strampeln)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Kopf in Sitzposition für mehrere Sekunden gehalten werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgt in Bauchlage ein Abstützen mit den Unterarmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden die Hände zusammengeführt und einzeln oder gemeinsam in den Mund gesteckt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versucht das Kind, den Kopf zu drehen, zum Beispiel bei lauten Geräuschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fixiert das Kind ein bewegtes Gesicht und folgt ihm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lächelt das Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann das Kind Blickkontakt halten?	<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