

MVZ für Familien Senger

U6



Fragebogen U6

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Frage	Ja	Nein
Was bekommt das Kind zu essen?		
Wird es noch gestillt bzw. bekommt die Flasche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie oft am Tag?		
Was bekommt das Kind zu trinken?		
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"/>
Krabbelt das Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, bewegt es sich auf andere Weise fort (schieben, robben oder auf dem Po rutschen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setzt es sich allein hin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich das Kind in den Stand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läuft es an Möbeln entlang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht es kurz frei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greift das Kind kleine Gegenstände mit Daumen und Zeigefinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winkt es oder klatscht es?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Gegenstände an die Eltern weiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produziert das Kind Silbenketten (da-da-da, ma-ma-ma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahmt es Laute nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt das Kind alleine aus der Flasche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freut sich das Kind über andere Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterscheidet das Kind zwischen Bekannten und Fremden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seid ihr mit der Entwicklung des Kindes unzufrieden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heutiges Datum: _____

Geschafft! Vielen Dank fürs Ausfüllen! 😊