

Elternfragebogen zur U5

Name des Kindes:	ausgefüllt von:		
Geburtsdatum:			
Datum der Untersuchung:	Vorbe	reitung	g durch:
	ja	nein	sonstiges
Welche Nahrung bekommt Ihr Kind? Wieviel?			
Gibt es Schwierigkeiten beim Füttern?	0	0	
Wird Ihr Kind nachts noch gefüttert?	0	0	
Wird die Vitamin D Prophylaxe fortgeführt?	0	0	
Bekommt Ihr Kind andere Medikamente?	0	0	
Gibt es Schlafprobleme?	0	0	
Schläft Ihr Kind im eigenen Bett?	0	0	
Leidet Ihr Kind an Bauchschmerzen od.Blähungen?	0	0	
Setzt Ihr Kind regelmäßig Stuhlgang ab?	0	0	
Zeigt Ihr Kind auffälliges Schreien?	0	0	
Lässt sich Ihr Kind beruhigen?	0	0	
Dreht sich Ihr Kind selbständig auf den Bauch?	0	0	
Kann sich Ihr Kind von Bauchlage in Rückenlage drehen?	0	0	
Stütz sich Ihr Kind in Bauchlage auf mit den Armen ab?	0	0	
Erzählt Ihr Kind? Brabbeln/Lautieren?	0	0	
Greift Ihr Kind nach Spielzeug?	0	0	
Steckt Ihr Kind Spielzeug in den Mund?	0	0	
Reagiert Ihr Kind auf Geräusche/Musik?	0	0	
Beobachtet Ihr Kind?	0	0	
Lacht Ihr Kind mit Ihnen?	0	0	
	•		
Gibt es für Sie Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?	0	0	
Macht Ihnen etwas Sorgen? Was?	0	0	
Sind seit der letzen U ärztliche Konsultationen erfolgt?	0	0	
Wenn "ja" warum?			
•			
Ihre Fragen/ergänzende Angaben:			