

Peter Thilemann

Eltern- Fragebogen zur U4

Name des Kindes _____ geboren am: _____

ausgefüllt von: _____ am: _____

Liebe Eltern!

Um uns besser auf die folgende Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Für gezielte Fragen und Probleme Ihrerseits nutzen sie bitte die letzten Zeilen.

	Ja	Nein
1. Wird Ihr Kind gestillt?	☐	☐
2. Bekommt Ihr Kind mehr als 6 oder weniger als 4 Mahlzeiten?	☐	☐
3. Treten Trink-/oder Schluckprobleme auf?	☐	☐
4. Treten Verdauungsprobleme auf?	☐	☐
5. Haben Sie bei Ihrem Kind Atemprobleme oder Krämpfe beobachtet?	☐	☐
6. Lächelt Sie Ihr Kind an, wenn Sie sich ihm zuwenden?	☐	☐
7. Zeigt Ihr Kind Reaktionen auf Geräusche?	☐	☐
8. Hören Sie Ihr Kind Lallen/Babbeln?	☐	☐
9. Betrachtet Ihr Kind seine Umgebung?	☐	☐
10. Kann es Gegenstände (z.B. einen Beißring) kurzzeitig festhalten?	☐	☐
11. Wurde die Hüft-Ultraschalluntersuchung durchgeführt?	☐	☐
12. Wurde die erste Impfung (wenn durchgeführt) gut vertragen?	☐	☐
13. Wird die Vitamin-D-Prophylaxe durchgeführt?	☐	☐
14. Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind?	☐	☐

Wenn Sie die letzte Frage mit „Ja“ beantwortet haben, notieren Sie stichpunktartig die Probleme!

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxis-Team