

Elternfragebogen U4

Name des Kindes

Alter

**Zur Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihrer Kinderärztin.
Am besten beantworten Sie die Fragen kurz vor dem Arzttermin (bitte ankreuzen):**

Fühlen Sie sich selbst und mit dem Kind wohl?
Wenn nein, warum nicht? Ja Nein

Haben Sie Fragen zur Ernährung?
Wenn ja, welche? Ja Nein

Kann Ihr Kind deutlich durch Weinen und Schreien zeigen,
dass es Hunger hat? Ja Nein

Neigt Ihr Kind zum Erbrechen? Ja Nein

Kommen Sie mit dem Schlafrhythmus Ihres Kindes zurecht? Ja Nein

Schreit Ihr Kind längere Zeit und ist nur schwer zu beruhigen? Ja Nein

Fühlen Sie sich durch das Schreien sehr belastet? Ja Nein

Kann Ihr Kind in der Bauchlage den Kopf frei halten? Ja Nein

Lächelt Ihr Kind spontan? Ja Nein

Bewegt Ihr Kind den Kopf in Richtung auf eine Schallquelle? Ja Nein

Wacht Ihr Kind im Halbschlaf auf, wenn jemand
in das Zimmer tritt oder an das Bettchen herantritt? Ja Nein

Spielt Ihr Kind mit dem Finger? Ja Nein

Äußert Ihr Kind erste Laute? Ja Nein

Betrachtet Ihr Kind sich ihm zuwendende Personen genau?

Ja Nein

Wendet Ihr Kind dem Kopf,
wenn Sie es von der Seite her ansprechen?

Ja Nein

😊 Ich freue mich über...

😞 Ich fühle mich unsicher mit...

😐 Ich habe Fragen zu...
