

Fragebogen U4 (3.-4. Lebensmonat)



Dr. med. Norbert Knieß
Kinder- und Jugendarzt
Akupunktur

Nürnberger Str. 34
85055 Ingolstadt
Tel.: 0841-8819 5500
www.kinderarzt-kniess-ingolstadt.de

Liebe Eltern,
bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus, damit wir wichtige Themen
gemeinsam besprechen können.

Familienname d. Kindes: _____ Vorname: _____
geboren am: _____ Geschlecht: weiblich männlich

	Ja:	Nein:
Führt Ihr Kind die Hände in der Mitte zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beugt und streckt Ihr Kind gleichzeitig oder abwechselnd beide Arme und Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine deutlich bevorzugte Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird der Kopf in Bauchlage ca. 1 min. angehoben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgt Ihr Kind einem Gegenstand mit den Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht es eine Geräuschquelle durch Kopfdrehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lächelt Ihr Kind Sie an, wenn Sie es anlächeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind gestillt? Wenn nein, welche Säuglingsnahrung füttern Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich als Eltern glücklich und zufrieden? Wenn nein, was belastet Sie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie sich mehr Hilfe und Unterstützung wünschen (z.B. durch die „Frühen Hilfen“)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es besondere Belastungen in der Familie? Wenn Ja: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>