

Fragebogen U5 (6.-7. 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:
Greift Ihr Kind Dinge aktiv, wechselt Spielzeug zwischen den Händen und steckt es in den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beugt Ihr Kind die Arme und hält den Kopf gerade, wenn es hochgezogen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dreht sich Ihr Kind auf die Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf den Händen ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht Ihr Kind Silbenketten (z.B. ge-ge-ge) und lacht laut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freut sich Ihr Kind über andere Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benimmt sich Ihr Kind unterschiedlich gegenüber Bekannten und Fremden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihnen etwas in der Entwicklung Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mit Beikost begonnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es besondere Belastungen in der Familie? Wenn Ja: _____	<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"/>