

## Eltern- Fragebogen zur U5

Liebe Eltern!

Um uns besser auf die heutige 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. Bekommt Ihr Kind 5 Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Füttern Sie bereits Breie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Treten dabei Schluck- oder Verträglichkeitsprobleme auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie bei Ihrem Kind Atemprobleme oder Krämpfe beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kann Ihr Kind nachts mindestens 5 Stunden durchschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Interessiert sich Ihr Kind für Spielzeug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hantiert es mit Spielzeug eine längere Zeit (minutenlang)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kann sich Ihr Kind allein auf die Seite oder den Bauch drehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lallt Ihr Kind in unterschiedlichen Tonhöhen und Lautstärken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wendet Ihr Kind den Kopf nach Geräuschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Zeigt Ihr Kind ein ablehnendes/ängstliches Verhalten gegenüber Fremden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kann Ihr Kind Blickkontakt zu Ihnen aufnehmen und halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wurde die letzte Impfung (wenn durchgeführt) gut vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wird die Vitamin-D-Prophylaxe weiter durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....  
.....