



Fragebogen Vorsorgeuntersuchung U4

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kinds

Datum von heute

Ihr Baby hatte oder hat seit der U3...

Erkrankungen, Operationen oder Krampfanfälle
Schwierigkeiten beim Trinken oder Füttern, Erbrechen, Verstopfung
auffällige Stuhlfarbe (*nach der Farbtafel*)
auffälliges Schreien

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Bei Ihrem Baby wurde durchgeführt...

Computer-Hörtest (OAE)

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Sie fühlen sich im Moment...

gut und ausreichend betreut (*Familie, Hebamme usw.*)
als Familie ohne besondere Belastung

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Ihr Baby kann...

beide Arme und Beine abwechselnd kräftig beugen und strecken
den Kopf in Sitzhaltung aufrecht mindestens 30 Sekunden halten
sich in Bauchlage auf den Unterarmen abstützen
den Kopf in Bauchlage zwischen 40° und 90° mindestens eine Minute heben
die Hände zur Körpermitte bringen
ein bewegtes Gesicht anschauen und ihm folgen
seine Hände immer wieder mal ganz öffnen
aufmerksam Ihr Gesicht aus der Nähe anschauen

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Ihr Baby...

versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen
ist in Ihrer Anwesenheit zufrieden und ausgeglichen
freut sich über Zuwendung und hält den Blickkontakt
erwidert Ihr Lächeln
bleibt zufrieden und ausgeglichen, wenn Sie es ansprechen oder auf den Arm nehmen
lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von Ihnen beruhigen
sendet Ihnen selbst spontan deutliche Signale und sucht mit Blick, Mimik, Gesten
und Lauten Ihren Kontakt
sucht in unbekanntem Situationen bei Ihnen Sicherheit durch Körper- oder Blickkontakt
reagiert auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung
versucht durch Kopfdrehen, Quellen eines bekannten Geräusches zu sehen
haben Sie schon manchmal lachen gehört
wacht im Halbschlaf auf, wenn Sie sich ihm nähern
versucht, mit Ihnen in „seiner Sprache“ zu sprechen
reagiert auf Ansprache, auch wenn es Sie nicht sieht

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Sie sind zufrieden mit seinem Verhalten oder seiner Entwicklung?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------