



Patientenname: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen sie das Zutreffende an.**

- Gibt es Probleme beim Füttern?  nein  ja
- Haben Sie mit der Beikost begonnen?  ja  nein
- Erhält Ihr Kind einmal pro Tag Vitamin D?  ja  nein
- „Erzählt“ bzw. „brabbelt“ Ihr Kind? Lacht ihr Kind?  ja  nein
- Lächelt Ihr Kind zurück?  ja  nein
- Steckt Ihr Kind Spielzeug in den Mund?  ja  nein
- Greift es schon nach seinen Füßen?  nein  ja
- Kann sich Ihr Kind schon auf den Bauch drehen?  ja  nein
- Erschrickt es bei plötzlichen, lauten Geräuschen?  ja  nein
- Wendet es Kopf und Körper nach bekannten Geräuschen?  ja  nein
- Gibt es Probleme beim Einschlafen?  nein  ja
- Haben Sie Hilfe bei der Betreuung Ihres Kindes?  
(z.B. Oma, Opa, Freunde etc.)  ja  nein
- Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?  ja  nein
- Gab es Veränderungen in der Familie des Kindes (oder im Kontakt mit wichtigen Bezugspersonen)?  nein  ja

Womit ernähren sie Ihr Kind: \_\_\_\_\_

Worüber freuen Sie sich besonders?

\_\_\_\_\_

Macht Ihnen etwas Sorgen?

\_\_\_\_\_

Ihre Fragen:

\_\_\_\_\_