



Patientenname: _____, geb. _____

Bitte kreuzen sie das Zutreffende an.

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden? ja nein

Sieht ihr Kind Sie/ Ihr Gesicht interessiert an? ja nein

Spielt es mit den Händen z.B. vor dem Gesicht? ja nein

Steckt es die Hände in den Mund? ja nein

Kann es die Hände zusammenführen? ja nein

Bekommt Ihr Kind einmal täglich Vitamin D? ja nein

Gibt es Schwierigkeiten beim Füttern? nein ja

Lassen Sie Ihr Kind in Bauchlage „spielen“? ja nein

Verfolgt Ihr Kind ein Spielzeug mit den Augen? ja nein

Wendet es den Kopf nach Ihrer Stimme? ja nein

Brabbelt oder „quietscht“ Ihr Kind? ja nein

Können Sie beim Weinen/Schreien die Ursache meist erkennen? ja nein

Gibt es jemanden in Ihrer Familie oder Ihrem nahen Umfeld, der/die Sie wenigstens eine Stunde entlastet? 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:
