

Name: _____

U3 Elternfragebogen

	Ja	Nein
Haben Sie Schwangerschaft und Geburt in überwiegend pos. Erinnerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Kind auf Geräusche oder Ihre Stimme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaut Ihr Kind Sie an und Ihnen nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind im eigenen Bett im Elternschlafzimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt die Raumtemperatur im Schlafzimmer bei 16-18 Grad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Ihr Kind beim Schlafen und in unbeobachteten Momenten immer auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legen Sie Ihr Kind, wenn es wach und unter Beobachtung ist, auch auf den Bauch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wendet Ihr Kind seinen Kopf zu beiden Seiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützt der Vater des Kindes Sie im täglichen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hilfe durch Familie und Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbleiben Ihnen Freiräume für sich selbst und Ihre eigenen Interessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D + Fluor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>