

Name: \_\_\_\_\_

## U4 Elternfragebogen

	Ja	Nein
Kann Ihr Kind den Kopf in Bauchlage heben und gehoben halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme und kann es dabei den Kopf für einige Sekunden heben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greift Ihr Kind gezielt nach Gegenständen und führt es diese zum Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind nachts bereits mehrere Stunden durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lächelt Ihr Kind Sie und andere Personen an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfolgt Ihr Kind Gegenstände mit den Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Kind auf Ansprache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Umgang innerhalb der Familie (z.B. Geschwisterkinder) problemlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mögliche Unfallgefahren im Haushalt beseitigt? (Steckdosen, Elektrokabel, verschluckbare Gegenstände, Putz- u. Waschmittel etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaffen Sie sich selbst persönliche Freiräume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegen Sie mit Ihrem Kind soziale Kontakte? (z.B. Elterntreff, Krabbelgruppe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergab die Hüftultraschalluntersuchung einen unauffälligen Befund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D + Fluor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>