

Elternfragebogen zur U4

Name des Kindes:

geboren:

E-Mail:

Telefonnummer:

Datum, an dem der Bogen ausgefüllt wurde:

Bogen ausgefüllt von:

Bitte Zutreffendes Ankreuzen:

Mein Kind.....

- hebt, auf dem Bauch liegend, den Kopf und etwas den Oberkörper an. Stützt sich dabei auf die Unterarme
- bringt beide Hände über der Körpermitte zusammen, spielt mit den Fingern beider Hände
- schaut mich beim Stillen oder beim Trinken aus der Flasche an
- verfolgt mit den Augen ein Spielzeug
- wendet den Kopf nach meiner Stimme, wenn ich es von der Seite anspreche
- gibt vergnügte Laute von sich
- kann mit Schreien oder Weinen deutlich zeigen, ob es Hunger oder Schmerzen hat
- kann mit Schreien oder Weinen deutlich zeigen, ob es unterhalten werden will oder ob es müde ist

	Ja	Nein
Gibt es Schwierigkeiten beim Füttern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen guten und geregelten Tagesablauf mit dem Kind gefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie mit dem Schlafrhythmus Ihres Kindes zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreit Ihr Kind anhaltend und ist nur schwer zu beruhigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wie lange schreit es ohne Unterbrechung?		
Schreit Ihr Kind regelmäßig, sobald sie es ablegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie sich im Alltag genügend Ruhepausen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen sie sich erschöpft und niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es außer Ihnen andere wichtige Betreuungspersonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Darüber freue ich mich besonders:

Das macht mir Sorgen:

Meine Fragen: