

Fragebogen U5



Kind _____

Erhält Ihr Kind bereits Beikost ? **Ja** **Nein**

Gibt es Schwierigkeiten bei der Ernährung ?
(z.B. regelmäßiges Erbrechen, Verstopfung) **Ja** **Nein**

Erhält Ihr Kind regelmäßig Vitamin D **Ja** **Nein**

Empfinden Sie das Schlafverhalten Ihres Kindes als belastend ? **Ja** **Nein**

Greift Ihr Kind gezielt nach Gegenständen ? **Ja** **Nein**

Berührt es bereits seine Füße mit den Händen ? **Ja** **Nein**

Dreht es sich schon selbst vom Rücken auf den Bauch ? **Ja** **Nein**

Freut es sich über Ansprache und Zuneigung ? **Ja** **Nein**

Kann Ihr Kind „erzählen“ und laut lachen ? **Ja** **Nein**

Wendet Ihr Kind den Kopf nach Geräuschen ? **Ja** **Nein**

Fühlen Sie sich z.T. überfordert oder mit den Kräften am Ende? **Ja** **Nein**

Gibt es genügend Unterstützung durch Ihr Umfeld ? **Ja** **Nein**

Danke für Ihre Mithilfe !