



STARNBERGER KINDER- & JUGENDÄRZTE

Pädiatrisches Fachzentrum

Eltern- Fragebogen zur U4

Name des Kindes _____ geboren am: _____
ausgefüllt von: _____ am: _____

Liebe Eltern!

Um uns besser auf die folgende Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes einstellen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Für gezielte Fragen und Probleme Ihrerseits nutzen sie bitte die letzten Zeilen.

	Ja	Nein
1. Wird Ihr Kind gestillt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Bekommt Ihr Kind mehr als 6 oder weniger als 4 Mahlzeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Treten Trink-/oder Schluckprobleme auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Treten Verdauungsprobleme auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Haben Sie bei Ihrem Kind Atemprobleme oder Krämpfe beobachtet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Lächelt Sie Ihr Kind an, wenn Sie sich ihm zuwenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Zeigt Ihr Kind Reaktionen auf Geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hören Sie Ihr Kind Lallen/Babbeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Betrachtet Ihr Kind seine Umgebung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kann es Gegenstände (z.B. einen Beißring) kurzzeitig festhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wurde die Hüft-Ultraschalluntersuchung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Wurde die erste Impfung (wenn durchgeführt) gut vertragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Wird die Vitamin-D-Prophylaxe durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Gibt es aus Ihrer Sicht Sorgen oder Probleme mit Ihrem Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie die letzte Frage mit „Ja“ beantwortet haben, notieren Sie stichpunktartig die Probleme!

.....
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxis-Team