

## U3

Name des Kindes:

Datum:

1. Haben Sie Schwangerschaft und Entbindung in überwiegend positiver Erinnerung?
2. Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?
3. Wird Ihr Kind gestillt?
4. Haben Sie festgestellt, ob Ihr Kind auf Geräusche, z.B. Stimme der Eltern, reagiert?
5. Schaut Ihr Kind Sie an und Ihnen nach?
6. Schläft Ihr Kind im eigenen Bett im Elternschlafzimmer?
7. Liegt die Temperatur im Schlafzimmer des Kindes bei den empfohlenen 16-18°C?
8. Liegt Ihr Kind beim Schlafen und in unbeobachteten Momenten immer auf dem Rücken?
9. Legen Sie Ihr Kind, wenn es wach und unter Beobachtung ist, auch auf den Bauch?
10. Wendet Ihr Kind sein Kopf zu beiden Seiten?
11. Unterstützt Sie der Vater des Kindes im täglichen Leben?
12. Haben Sie Hilfe durch Familie und Freunde?
13. Verbleiben Ihnen Freiräume für sich selbst und Ihre Interessen?
14. Fühlen Sie sich wohl in der neuen Lebenssituation mit Ihrem Kind?
15. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?
16. Haben Sie Auffälligkeiten beim Schlafen, Trinken oder der Verdauung bemerkt?