

U4

Name des Kindes:

Datum:

1. Kann Ihr Kind den Kopf in Bauchlage heben und gehoben halten?
2. Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme und kann es dabei den Kopf für einige Minuten heben?
3. Greift Ihr Kind nach Gegenständen und führt es diese zum Mund?
4. Schläft Ihr Kind nachts bereits mehrere Stunden durch?
5. Lächelt Ihr Kind Sie und andere Personen an?
6. Verfolgt Ihr Kind Gegenstände mit den Augen?
7. Reagiert das Kind auf Ansprache?
8. Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?
9. Ist der Umgang innerhalb der Familie (z.B. Geschwisterkinder) problemlos?
10. Haben Sie mögliche Unfallgefahren im Haushalt beseitigt? (Steckdosen, Elektrokabel, verschluckbare Gegenstände, Putz- und Waschmittel usw.)
11. Schaffen Sie sich selbst persönliche Freiräume?
12. Pflegen sie mit Ihrem Kind soziale Kontakte (z.B. Elterntreff, Krabbelgruppe)
13. Ergab die Hüftultraschalluntersuchung einen auffälligen Befund?
14. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?