

U4

3. - 4. LEBENSMONAT

Praxisstempel



Foto: Ramona Heim - Fotolia

Schwerpunkte:

Altersgerechte
Entwicklung, soziale
Interaktionsfähigkeit

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