

Name:.....Geb. Datum:.....

Datum der Untersuchung:.....

1 Monat – U3

Motorik	Ja	Nein
Kopfhaltung: Kopf wird nach beiden Seiten gedreht ohne Bevorzugung einer Seite	0	0

Sehen und erste Geräusche		
Nimmt Blickkontakt auf und folgt mit den Augen in beide Richtungen	0	0
Kind gibt zunehmend Geräusche von sich, zum Teil seufzend	0	0

Schreien		
Schreit nicht viel und ist meist leicht zu beruhigen	0	0
Schreien wird nicht als sehr belastend empfunden	0	0
Schreien hat meist eine erkennbare Ursache (Hunger, Müdigkeit)	0	0

Ernährung und Stuhlgang		
Nahrung: o voll gestillt o Muttermilch abgepumpt		
o teilweise gestillt		
o Formula-Nahrung		

War die Gewichtsentwicklung bisher gut?	0	0
---	---	---

Probleme bei der Ernährung: _____

Vitamin D wird regelmäßig täglich gegeben	0	0
---	---	---

Stuhlgang regelmäßig, keine Verstopfung	0	0
---	---	---

Farbe des Stuhlgangs, bitte Nummer auf der Stuhlfarbenkarte (im U-Heft zwischen U2 & U3) angeben: _____

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett		
Gab es Probleme in der Schwangerschaft?	0	0
falls ja, welche? _____		

Gab es Komplikationen bei der Geburt?	0	0
falls ja, welche? _____		

Musste Ihr Kind, in einer Kinderklinik stationär behandelt werden	0	0
falls ja, warum: _____		

Haben Sie Unterstützung durch eine Hebamme?	0	0
---	---	---

Familie		
Gibt es chronische Krankheiten bei den Eltern oder Geschwistern	0	0
falls ja, welche: _____		

Gibt es Allergien bei den Eltern oder Geschwistern	0	0
falls ja, welche: _____		

Frage zu Ihnen selbst
 Wie schätzen Sie Ihre eigenen Energiereserven aktuell von 0-10 ein: _____
 (0 = sehr erschöpft, traurig, überfordert etc.; 10 = hervorragend, glücklich, komme gut zurecht)

Haben Sie spezielle Fragen oder Anliegen? _____