

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

Datum der Untersuchung:.....

3 Monate – U4

	Ja	Nein
Motorik		
Kopf wird in beide Richtungen gedreht ohne eine bevorzugte Seite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkunden, Sehen, Sprache		
Beginnt beidseitig zu greifen und Gegenstände zum Mund zu führen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blickt Gegenüber an und verfolgt mit Blick und Kopfdrehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lächelt, wenn es angelächelt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gurrt, gibt Geräusche von sich und variiert dabei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schreiben und Schlafen		
Schreien hat meist eine erkennbare Ursache (Hunger, Müdigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist leicht zu beruhigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relativ stabiler Schlaf-Wach-Rhythmus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährung und Stuhlgang		
Nahrung: <input type="radio"/> voll gestillt <input type="radio"/> Muttermilch abgepumpt <input type="radio"/> teilweise gestillt <input type="radio"/> Formula-Nahrung		
Probleme bei der Ernährung: _____		
Vitamin D wird regelmäßig täglich gegeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stuhlgang regelmäßig, keine Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges		
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 Fragen zu Impfungen? falls ja: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie sonstige Fragen oder Anliegen? falls ja: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>