

Name Kind: _____ geb. _____		U3	
ausgefüllt am: _____ von: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater			
Geburt in der Schwangerschaftswoche _____. SSW + ____ Tage			
Komplikationen vor / bei der Geburt:			
Nahrung: <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> Babymilch, welche: _____, ____ x _____ ml/Tag			
Stuhlfarbe (siehe Farbkarte im U-Heft / in unserer Praxis) Nr.: _____			
Impfungen der Mutter in der Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche: _____			
COVID 19-Impfungen der Mutter vor der Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche/wieviele: _____			
↓		NEIN	JA
Gibt es in Ihrer Familie angeborene <u>schwere/chronische</u> Augen-/Ohrenerkrankungen?			
Gibt es in Ihrer Familie <u>angeborene</u> Hüfterkrankungen / Hüftdysplasien?			
Gibt es in Ihrer Familie <u>angeborene schwere</u> Immundefekte?			
Hatte Ihr Kind seit der U2 ... ?			
<u>schwere</u> Erkrankungen/Operationen / Krampfanfälle (bitte ggf. Entsprechendes einkringeln)			
Schwierigkeiten beim Trinken / Füttern			
Erbrechen / Verstopfung			
auffälliges Schreien			
↓		JA	NEIN
Kommt zu Ihnen eine Hebamme?			
Fühlen Sie sich als Familie <u>ohne</u> besondere Belastungen?			
Bekommt Ihr Baby täglich 400-500 IE Vitamin D?			
Kann Ihr Baby ... ?			
in Bauchlage den Kopf 3 sec. heben			
in Rückenlage den Kopf 10 sec. in der Mitte halten			
in Rückenlage einem Gegenstand je 45° nach rechts und links folgen			
seine Hände zwischendurch ganz öffnen			
Ihr Gesicht aus der Nähe aufmerksam betrachten			
spontan lächeln / Ihnen den Kopf zuwenden bei Ansprache			
auf laute Geräusche / helles Licht / Berührung reagieren			
mit den Augen nach der Quelle bekannter Geräusche suchen			
Ist Ihr Baby ... ?			
in Ihrer Anwesenheit / auf Ihrem Arm zufrieden und ausgeglichen			
durch Wiegen / Singen / Ansprechen in kurzer Zeit zu beruhigen			
Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes?			