

|                                                                                                               |  |             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|-------------|
| Name Kind: _____ geb. _____                                                                                   |  |             | <b>U4</b>   |
| ausgefüllt am: _____ von: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater                      |  |             |             |
| Nahrung: <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> Babymilch, welche? _____, _____ ml/Tag |  |             |             |
| Stuhlfarbe (siehe Farbkarte im U-Heft bei U3 / in unserer Praxis) Nr.: _____                                  |  |             |             |
| <b>Hatte Ihr Kind seit der U3 ... ?</b>                                                                       |  | <b>NEIN</b> | <b>JA</b>   |
| SCHWERE Erkrankungen / Operationen / Krampfanfälle (ggf. Entsprechendes einkringeln)                          |  |             |             |
| Schwierigkeiten beim Trinken / Füttern                                                                        |  |             |             |
| Erbrechen / Verstopfung                                                                                       |  |             |             |
| auffälliges Schreien / übermäßige Zeit zum Einschlafen (>30min.)                                              |  |             |             |
|                                                                                                               |  | <b>JA</b>   | <b>NEIN</b> |
| Fühlen Sie sich gut und ausreichend unterstützt (Familie, Hebamme usw.)                                       |  |             |             |
| Bekommt Ihr Baby täglich 400-500 IE Vitamin D (Tropfen oder Tabletten)                                        |  |             |             |
| <b>Kann Ihr Baby ... ?</b>                                                                                    |  |             |             |
| beide Arme und Beine abwechselnd kräftig beugen und strecken                                                  |  |             |             |
| den Kopf in unterstützter Sitzhaltung aufrecht mind. 30 sec. halten                                           |  |             |             |
| sich in Bauchlage auf den Unterarmen abstützen                                                                |  |             |             |
| den Kopf in Bauchlage zwischen 40° und 90° mind. 1 min. heben                                                 |  |             |             |
| die Hände zur Körpermitte bringen                                                                             |  |             |             |
| ein bewegtes Gesicht anschauen und ihm folgen                                                                 |  |             |             |
| seine Hände immer mal ganz öffnen                                                                             |  |             |             |
| Ihr Gesicht aus der Nähe aufmerksam betrachten                                                                |  |             |             |
| sich über Zuwendung freuen und den Blickkontakt halten                                                        |  |             |             |
| durch Kopfdrehen nach der Quelle bekannter Geräusche suchen                                                   |  |             |             |
| Ihr Lächeln erwidern                                                                                          |  |             |             |
| Ihnen durch Blicke, Mimik, Gesten und Laute Signale zur Kontaktaufnahme senden                                |  |             |             |
| auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung reagieren                                                     |  |             |             |
| schon ab und zu laut lachen                                                                                   |  |             |             |
| in „seiner Sprache“ mit Ihnen Kontakt aufnehmen                                                               |  |             |             |
| <b>Ist Ihr Baby ... ?</b>                                                                                     |  |             |             |
| bei Ansprache / auf Ihrem Arm zufrieden und ausgeglichen                                                      |  |             |             |
| durch Wiegen / Singen / Ansprechen in kurzer Zeit zu beruhigen                                                |  |             |             |
| <b>Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes?</b>                                 |  |             |             |