

## Elternfragebogen – Vorsorgeuntersuchung U4

(3. – 4. Monat)

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Vorname:**

**Datum:**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Bestanden schwerwiegende Erkrankung seit der U3: (OP, Krampfanfall, Krankenhaus, schwere Infektionen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Trinken und Füttern: z. B. Erbrechen oder Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormer Stuhlgang, Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälliges Schreien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speineigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pullert im Strahl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Nicht beobachtet</b>
<b>Soziale Kompetenz</b>			
Freut sich über Zuwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hält Blickkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Lächeln einer Bezugsperson erwidern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Feinmotorik</b>			
Kann ein bewegtes Gesicht fixieren und ihm folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bringt Hände spontan zur Körpermitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bringt Hände spontan zum Mund/Steckt sich Gegenstände in den Mund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greift nach Spielzeugen/Objekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sprache</b>			
Quietscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wendet sich nach Stimme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Grobmotorik</b>			
Kann beide Arme und Beine abwechselnd kräftig beugen und strecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stützt sich in Bauchlage auf die Unterarme und hält Kopf für 1 min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hält Kopf im (gehaltenen) Sitzen mind. 30 Sek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Feststellung der Hörfähigkeit

		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.	Bewegt Ihr Kind den Kopf in Richtung auf eine Schallquelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Haben Sie ihr Kind ab und zu lachen gehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wacht Ihr Kind im Halbschlaf auf, wenn jemand in das Zimmer tritt oder an das Bettchen herantritt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Versucht Ihr Kind mit Ihnen in seiner „Sprache“ zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Zeigt das Gesicht Ihres Kindes Reaktionen auf den Zuspruch einer Bezugsperson, ohne diese Bezugsperson sehen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Zeigt Ihr Kind ein verändertes Verhalten (z. B. Schreien, Lächeln, ruckartiges Schließen und Öffnen der Augen) wenn plötzlich laute Geräusche auftreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Reagiert Ihr Kind auf Zuspruch von der Seite der Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Lauscht Ihr Kind auf Fingerschnalzen und/oder Rascheln von Seidenpapier im Abstand von ca. 20cm zum Ohr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Sucht Ihr Kind mit Augenbewegungen nach der Herkunft vertrauter Geräusche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Beginnt Ihr Kind gelegentlich zu lallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>