

U5

Datum.....

Name..... geb. Alter(6-7M)....., korr.....

Elternfragen

	ja	nein	
Sehen Mutter, Vater und Geschwister Ihres Kindes gut?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Ambly (H>2, M>10, As>3, Am)
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Dreht sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken, oder umgekehrt?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Greift es nach seinen Zehen und spielt es damit?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Reagiert es, wenn Sie es rufen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Reagiert Ihr Kind auf Musik aus Radio, Fernseher, CD-Player, etc.?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Benutzt es seine Stimme um auf sich aufmerksam zu machen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Freut es sich über andere Kinder?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie es zum Lachen bringen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Beobachtet es auf Ihrem Arm die nähere Umgebung?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Schreit es nur noch gelegentlich und läßt sich innerhalb von 30 min beruhigen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Braucht es nur selten länger als 30 min zum Einschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Läßt es sich problemlos füttern?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Zusammensetzung Ihrer Familie unverändert ?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Geht es Ihnen und Ihrer Familie gut?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es jemanden, der Sie wenigstens stundenweise entlasten kann?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	