U4

3. – 4. LEBENSMONAT

Praxisstempel

Foto: Ramona Heim -Fotolia

Schwerpunkte:
Altersgerechte Entwicklung, soziale Interaktionsfähigkeit

Datum _____ **Name des Kindes** _____

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind den Kopf in Bauchlage heben und gehoben halten?	○	○
2. Stützt sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme und kann es dabei den Kopf für einige Sekunden heben?	○	○
3. Greift Ihr Kind gezielt nach Gegenständen und führt es diese zum Mund?	○	○
4. Schläft Ihr Kind nachts bereits mehrere Stunden durch?	○	○
5. Lächelt ihr Kind Sie und andere Personen an?	○	○
6. Verfolgt Ihr Kind Gegenstände mit den Augen?	○	○
7. Reagiert das Kind auf Ansprache?	○	○
8. Ist Ihre Wohnung vollständig rauchfrei?	○	○
9. Ist der Umgang innerhalb der Familie (z. B. Geschwisterkinder) problemlos?	○	○
10. Haben Sie mögliche Unfallgefahren im Haushalt beseitigt? (Steckdosen, Elektrokabel, verschluckbare Gegenstände, Putz- und Waschmittel etc.)	○	○
11. Schaffen Sie sich selbst persönliche Freiräume?	○	○
12. Pflegen Sie mit Ihrem Kind soziale Kontakte? (beispielsweise Elterntreff, Krabbelgruppe)	○	○
13. Ergab die Hüftultraschalluntersuchung einen unauffälligen Befund?	○	○
14. Bekommt Ihr Kind täglich Vitamin D/Fluor?	○	○

Kopiervorlage für den Hausarzt aus Sonderheft Der Hausarzt 2017, © mm medizin + medien Verlag GmbH