


Dr. med. Agathe Traut
 Dr. med. Sascha Kalkbrenner
 Brückenstr. 2a 54338 Schweich

U4 Anamnese

Name und Vorname:
 Adresse:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

		Ja	Nein
1.	Sehen Sie Auffälligkeiten in der Entwicklung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Welche Nahrung und welche Menge bekommt das Kind?	<input type="checkbox"/>	
3.	Gibt es Trinkschwierigkeiten oder Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Gibt es auffällige Stühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Erwidert Ihr Kind ein Lächeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Wurde die Fluor- oder Vitamin D Prophylaxe weitergeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Reagiert Ihr Kind auf laute Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hat Ihr Kind einen erkennbaren Tag- und Nachtrhythmus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Wie ist das Leben mit Ihrem neuen Familienmitglied: Fühlen Sie sich dieser Aufgabe gewachsen?	<input type="checkbox"/>	
10.	Unser Kind brabbelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Unser Kind folgt Gegenständen mit den Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Gibt es Probleme im familiären Umfeld, Partnerschaft, Arbeitsstelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin mit evtl. erforderlichen Impfungen nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) einverstanden:	<input type="checkbox"/>	

Unterschrift