



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

U5 Anamnese

Name und Vorname:
 Adresse:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

		Ja	NEIN
1.	Welche Nahrung bekommt Ihr Kind?		
2.	Wie hoch ist die Trinkmenge?		
3.	Gibt es auffällige Stühle?		
4.	Gibt es Trinkschwierigkeiten oder Schluckstörungen?		
5.	Nimmt Ihr Kind Blickkontakt auf?		
6.	Lacht Ihr Kind mit einem stimmhaften Lachen?		
7.	Reagiert es auf die Stimme der Eltern, Telefon, Klingel?		
8.	Probiert Ihr Kind Silbenverdopplung wie „nana“ oder „gaga“?		
9.	Zeigt es Interesse an angebotenen Spielzeug?		
10.	Sehen Sie Auffälligkeiten in der Entwicklung?		
11.	Gibt es Krampfanfälle?		
12.	Dreht sich Ihr Kind vom Rücken auf den Bauch oder Seite?		
13.	Stützt Ihr Kind sich in der Bauchlage auf seine Hände?		
14.	Wurde die Fluor- oder Vitamin D-Prophylaxe weitergeführt?		
15.	Wurde eine Operation durchgeführt?		
16.	Besorgt Sie etwas besonders?		
17.	Ich bin mit evtl. erforderlichen Impfungen nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) einverstanden:		