

Elternfragebogen U4 – U6



Name des Kindes: _____

Gab es seit der letzten U-Untersuchung:

- Schwerwiegende Erkrankungen/Unfälle: _____
- Operationen: _____
- Besondere familiäre Belastung: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Gibt es bei Ihrem Kind?

- Ernährungs-/Gewichtsprobleme: _____
- Verdauungsprobleme: _____
- Hautprobleme: _____
- Verdacht auf Hörstörungen: _____
- Vorzugshaltung/Bewegungsstörungen: _____

Sonstiges/Wünsche:

