

Geburtsgewicht:

Länge:

APGAR:

Auffälligkeiten des Säuglings (hält den Kopf schief, mag nicht auf dem Bauch liegen, überstreckt sich, hat Haarabrieb am Hinterkopf)	ja	welche?
Gibt/ Gab es Stillprobleme? (trinkt sehr langsam, trinkt an einer Seite besser, ich stille nicht)	ja	welche?
Spuck ihr Kind nach der Nahrungsaufnahme?	ja	nein
Hatte ihr Kind eine „Drei- Monats- Koliken“?	ja	nein
Mein Kind ist unruhig und schreit viel?	ja	nein
Mein Kind lässt sich nur schwer beruhigen?	ja	nein
Schlafen Mein Kind schläft nachts gut	ja	nein
Mein Kind schläft tagsüber gut	ja	nein
Leidet Ihr Kind an Erkrankungen/ Behinderungen?	ja	welche?
Wurde Ihr Kind operiert?	ja	was?
Hat ihr Kind häufig Infekte?	ja	nein
Hat ihr Kind Allergien?	ja	welche?
Der Stuhl ist: hell, dunkel, hart, weich		