



Mein Kind...

- ...hebt in Bauchlage den Kopf und etwas den Oberkörper an, stützt sich dabei auf die Unterarme. Ja Nein
- ...bringt beide Hände in der Körpermitte zusammen, spielt mit den Fingern beider Hände. Ja Nein
- ...schaut mich beim Stillen oder beim Trinken aus der Flasche an. Ja Nein
- ...verfolgt mit den Augen ein Spielzeug, das vor seinen Augen langsam hin und her bewegt wird. Ja Nein
- ...wendet den Kopf nach meiner Stimme, wenn ich es von einer Seite her anspreche. Ja Nein
- ...gibt vergnügte Laute von sich, spontan oder wenn ich mit ihm spreche. Ja Nein
- ...freut sich, lächelt über Ansprechen, Streicheln, Kitzeln, Hochnehmen. Ja Nein

Können Sie beim Schreien oder Weinen die Ursache meist erkennen? (z.B. Hunger, Müdigkeit, Langeweile, Schmerzen) Ja Nein

Gibt es Schwierigkeiten beim Stillen oder Füttern? Ja Nein

Falls ja, welche?

Sind Sie mit dem Schlafrhythmus Ihres Kindes zufrieden? Ja Nein

Schreit Ihr Kind anhaltend und ist es nur schwer zu beruhigen? Ja Nein

Fühlen Sie sich durch das Schreien Ihres Kindes stark belastet? Ja Nein

Schreit Ihr Kind regelmäßig, sobald Sie es ablegen? Ja Nein

Nehmen Sie sich im Alltag genügend Ruhepausen? Ja Nein

Fühlen Sie sich erschöpft und niedergeschlagen? Ja Nein

Gibt es außer Ihnen andere wichtige Betreuungspersonen? Ja Nein

Macht Ihnen etwas Sorgen?