

Stillberatung/IBCLC - Laser Therapie – Milchpumpenverleih – Trageberatung

Stillberatung – Anamnese

Bitte tragen Sie Ihre Daten ein und füllen so gut wie möglich den Bogen aus.

Die Informationen kann ich im Vorfeld schon verwenden um eine Anamnese zu erstellen und wir verbringen nicht die wertvolle Beratungszeit damit, Ihre Vorgeschichte abzufragen.

Daten der Mutter:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mailadresse: _____@_____

Haben Sie eine Hebamme? ☐ Nein ☐ Ja, Name: _____

Geburtsklinik: _____

Gynäkologe: _____

Kinderarzt: _____

Daten des Babys:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Errechneter Entbindungstermin: _____

Geburtsgewicht: _____

Gewicht U2 / Datum: _____

Gewicht U3 / Datum: _____

Letztes aktuelles Gewicht / Datum: _____

Entbindungsart: ☐ Spontangeburt ☐ Saugglocke ☐ Kaiserschnitt

Stillberatung/IBCLC - Laser Therapie – Milchpumpenverleih – Trageberatung

Wie haben Sie die Schwangerschaft erlebt?

- ☐ Normal/Ruhig ☐ Beschwerlich ☐ Problematisch

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente eingenommen, wenn ja welche?

Haben Sie Magnesium eingenommen, wenn ja welche Stärke und wann abgesetzt?

Wurde bei Ihnen ein Schwangerschaftsdiabetes festgestellt?

- ☐ Nein ☐ Ja
- ☐ Diätisch eingestellt ☐ Insulinpflichtig

Wie erlebten Sie die Geburt?

- ☐ Normal / schön / ruhig ☐ Problematisch / traumatisch

Haben Sie während der Geburt Medikamente oder bekommen?

- ☐ PDA ☐ Spinalanästhesie ☐ Vollnarkose
- ☐ Schmerzmittel ☐ Wehenmittel ☐ Antibiotika ☐ Infusionen

Stillberatung/IBCLC - Laser Therapie – Milchpumpenverleih – Trageberatung

Wie erleben / erlebten Sie das Wochenbett?

- ☐ Normal / Ruhig ☐ Problematisch / Beschwerlich? Wenn ja, was

Gibt es aktuell Dinge in Ihrem Leben die Sie stark beschäftigen, oder Ihnen Sorgen machen? (z.B. Umzug, Beruf, familiäre Sorgen, oder andere Dinge)

Haben Sie Vorerkrankungen

- ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____
-

Haben Sie Allergien:

- ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____
-

Nehmen Sie aktuell Medikament?

- ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____
-

Hatten Sie eine Brustoperation:

- ☐ Nein ☐ Ja, was wurde operiert: _____

Stillberatung/IBCLC - Laser Therapie – Milchpumpenverleih – Trageberatung

Wenn Ihr Baby nicht Ihr erstes Kind ist, haben Sie Ihr/Ihre älteren Kinder gestillt?

☐ Nein ☐ Ja

Wie lange? _____

Gab es Probleme? _____

Wenn ja, welche: _____

Wie oft stillen Sie aktuell in 24 Stunden? _____

Dauer einer Stillmahlzeit: _____

Wenn es Ihnen möglich ist, wäre es schön, wenn Sie zum Beratungstermin für 24-48 Std. das nachführende Stillprotokoll führen könnten und aufschreiben, wann Sie Ihr Baby gestillt haben, oder welche Zufütterungsmenge nötig ist. Gerade bei Unsicherheiten über Trinkmenge oder Gewichtszunahme ist dies sinnvoll.

Wird Ihr Baby in dieser Zeit zufällig gewogen (Hebamme, Arztbesuch, eigene Waage), tragen Sie das Gewicht gerne in der Spalte Besonderheiten ein.

Legen Sie bitte zum Beratungstermin den Mutterpass und das gelbe Untersuchungsheft bereit, oder bringen es zur Beratung in die Praxis mit.

Schreiben Sie auch alle Fragen, die Ihnen auf dem Herzen liegen auf, damit wir diese bei der Beratung besprechen können.

Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und richtig beantwortet habe.

Unterschrift Klient*in: _____



