

## 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 Vorgeschiede 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: \_\_\_\_\_





STILLEN & MEHR

— Kerstin Fach

Stillberatung/IBCLC - Laser Therapie – Milchpumpenverleih – Trageberatung

# Stillprotokoll

Mama: (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Kind: (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

MM = Muttermilch; EM = Ersatzmilch; SH = Stillhut; BES = Brusternährungsset; S = Sonde

FL = Flasche; DPS = Doppelpumpset; EPS = Einzelpumpset;



Kerstin Fach / Handy: 0171 2391974 / Mail: info@stillberatung-fach.de / www.stillberatung-fach.de