

Anamnesebogen Stillberatung

(Bitte vor dem Termin ausfüllen und zurücksenden)



Angaben zur Mama

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Erstes Kind? Ja Nein

Wenn nein: Wurden vorherige Kinder gestillt und wie lange ?

Gab es in der Schwangerschaft Besonderheiten ?

(z.B. Diabetes, Medikamente, Frühwehen etc.)

Gab es Brustoperationen oder Verletzungen der Brust ? Ja Nein

Wenn ja, welche ?

Nimmst du aktuell Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ?

Wie fühlt sich der Stillvorgang für dich an? (Spannt die Brust ?, Spürst du einen
Milchspende Reflex ?...)

Angaben zum Baby

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsgewicht: _____

Aktuellstes Gewicht: _____

Niedrigstes Gewicht nach Geburt mit Datum: _____

Weitere Gewichte (wenn vorhanden mit Datum): _____

Wann wurde das Baby zum erstem mal angelegt ? : _____

Wie viele Nasse Windeln hat das Baby am Tag ? _____

Wie viel Stuhlgang hat das Baby ? _____

Schläft das Baby beim Stillen häufig ein ? Ja Nein

Geburt:

- Spontan
- Kaiserschnitt
- Saugglocke / Zange
- Frühgeburt (SSW: ____)

Gab es während/nach der Geburt Besonderheiten ?

(z.B. PDA, Grünens Fuchtwasser, Gelbsucht, Zufütterung, Trennung von Mutter und Kind etc.)

Aktuelle Stillsituation

Wie häufig wird gestillt/Wie oft in 24 Stunden ?

Wie lange dauert eine Stillmahlzeit ungefähr min-max ?

Wie oft wird das Baby in der Nacht gestillt ?

Welche Stillposition wendet ihr an ?

Trinkt das Baby an beiden Brüsten, bei einer Stillmahlzeit ?

Wie lange schläft das Baby ?

Clustert das Baby oft am Abend ? (Vermehrtes Stillen in den Abendstunden)

Wurde ein zu kurzes Zungen- oder Lippenband diagnostiziert oder behandelt ?

- Ja Nein

Wenn ja was wurde gemacht und wann ? _____

Hat das Baby Saugbläschen an den Lippen ? _____

Wird zusätzlich gefüttert ?

- Nein
- Beikost
- Pre / wenn ja wie viel pro Mahlzeit ? _____
- abgepumpte Muttermilch / wenn ja wie viel ? _____
- anderes: _____

Verwendet ihr ?

- Schnuller
- Flasche
- Stillhütchen
- Pumpe

Aktuelle Problematiken / Beschwerden oder Sorgen

- Baby kann kein Vakuum halten
- Schnalz- oder Klickgeräusche beim trinken
- Schmerzen beim Stillen
- Wunde Brustwarzen
- Milchstau / Mastitis
- Baby nimmt schlecht zu
- Baby trinkt sehr unruhig
- Sehr häufiges Stillen
- Einschlafprobleme beim Stillen
- Abstillwunsch
- Beikoststart
- anderes: _____

Seit wann bestehen die Probleme ?

Ziel der Beratung

Was wünschst du dir konkret vom Termin ?

Gibt es etwas, dass ich unbedingt wissen sollte ?

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass die Angaben korrekt sind und ich mit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Stillberatung einverstanden bin.

- Ich bin einverstanden
- Ich bin nicht einverstanden

Ich bin einverstanden, dass wir über WhatsApp zum Austausch von Informationen und Bildern, kommunizieren. Mir ist bekannt, dass bei der Nutzung von WhatsApp personenbezogene Daten an WhatsApp übermittelt werden können.

- Ich bin einverstanden
- Ich bin nicht einverstanden

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum:

Unterschrift: