

# Kontaktformular Stillbegleitung

Name, Vorname	<input type="text"/>
Name des Kindes	<input type="text"/>
Kind geb. am	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

## Anliegen und Fragen

# Anamnesebogen

## Mutter

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Gynäkologe \_\_\_\_\_

Hebamme \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Medizinische Besonderheiten (Erkrankungen, Allergien, Medikamente, Brust-OP)

---

---

---

## Schwangerschaft

Anzahl Schwangerschaften mit dieser? \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsdiabetes?  Diätisch eingestellt  insulinpflichtig

Komplikationen

---

---

---

## Geburt

Geburtsort  Krankenhaus stationär  ambulant  Geburtshaus  Hausgeburt

Geburtsmodus  spontan  Sectio

Medikamente  ohne  Einleitung  Schmerzmittel  Wehenmittel

Anästhesie  ohne  PDA  Spinale  Vollnarkose

Bonding nach Geburt  >2h  <2h  Nein

Breast Crawl  ja  nein

Wie war das erste Stillen?

---

---

---

## Allgemeinzustand

Wie fühlst du dich?

---

---

---

Milchspendereflex spürbar?  Ja  nein

Anzahl Stillmahlzeiten in 24 h? \_\_\_\_\_

Normale Stilldauer \_\_\_\_\_

Schmerzen/Probleme? \_\_\_\_\_

Eingesetzte Hilfsmittel, seit wann? \_\_\_\_\_

Schnuller  Flasche

Pumpe  Brusthütchen

BES  Stillfreundliche Zufüttermethode

Zufüttern (Wann, was, wie viel)? \_\_\_\_\_

Stillerfahrung (mit oder ohne Problemen) aus ggf. vorherigen Stillzeiten

---

---

---

### **Kind**

Geschlecht  weiblich  männlich

Geburt SSW \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht \_\_\_\_\_

Med. Besonderheiten Kind

---

---

---

Anzahl nasse Urinwindeln in 24h \_\_\_\_\_

Stuhlgang wie oft?

---