

### Mutter

Name, Vorname

Straße, HsNr  PLZ, Stadt

Telefon

E-Mail

Alter  Beruf

### Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum  errechneter Termin

Geschlecht  weiblich  männlich

### Betreuungs-Team

Geburtsort

Hebamme

Kinderarzt

Frauenarzt

weitere Stillberaterinnen

Körperarbeit (Physio, Osteo, Logo,...)

Sonstige

### Geburt und Wochenbett

Klinik  Geburtshaus/Hausgeburt  Einleitung mit

Spontane Geburt  Kaiserschnitt  Saugglocke/ Zange  Tropf

Sehr schnell  Sehr lang  PDA/Schmerzmittel (welche:)

Sonstiges, und zwar

Wie lange hatten Du und Dein Baby nach der Geburt direkten Hautkontakt?

Mehrere Stunden  ca. 1 Std.  unter 1 Std.

Hat Dein Baby innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt gestillt?

Ja  Ich habe es versucht, aber es hat nicht geklappt  Nein, erst nach  Std.

Wie lief das Stillen unmittelbar nach der Geburt und im Wochenbett? Wie war der Milcheinschuss?

## Medizinische Besonderheiten – Mutter

Gibt es bei Dir medizinische Besonderheiten: Akute oder chronische Krankheiten – bspw. Diabetes, Schilddrüsenfehlfunktion, Depressionen, Allergien, PCO, Übergewicht, vorangegangene Brust-Operationen, langer, unerfüllter Kinderwunsch o.ä.? Bitte beschreibe:

Nimmst Du Medikamente (inkl. hormonelle Verhütung, Nahrungsergänzungsmittel)? Seit wann?

Hast Du Deine Periode bereits wieder?  Ja, seit   Nein

Wie würdest Du Deine Ernährung beschreiben?

Rauchst Du?  Ja  Nein Plazentarestes ausgeschlossen?  Ja  Nein

## Medizinische Besonderheiten – Baby

Gibt es bei Deinem Baby medizinische Besonderheiten: Akute oder chronische Krankheiten, bspw. Herzfehler, Allergien, häufige Infektionen, Atemwegsprobleme, Reflux, Koliken, Torticollis, bekannte orale Besonderheiten – bspw. zu kurzes Zungenband/ Lippenband, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte – o.ä.? Gab es Operationen/Maßnahmen diesbezüglich?

Bekommt Dein Baby Medikamente? Welche?

## Gewichtsverlauf

Geburtsdatum  Geburtsgewicht  g

Datum  Niedrigstes Gewicht  g

Datum  Aktuelles Gewicht  g

Weitere Gewichtsdaten von Deinem Baby mit Klardatum (bspw. 17.2.18 – 3540g)

Falls Du sie nicht hast, versuche sie bitte in Erfahrung zu bringen – **sie sind hier wichtig.**

Datum	Gewicht		Datum	Gewicht	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g
<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g
<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g
<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g
<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g
<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g
<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g

## Ausscheidungen

Ist der Urin Deines Babys hell und geruchlos?  Ja  Nein

Wie viele nasse Windeln hat Dein Baby in 24 Std.?

Wieviel Stuhlgang hat Dein Baby? Gezählt wird alles ab über etwa 4 cm Durchmesser

weniger als 3 mal in 24 Std.  mindestens 3 mal in 24 Std.  1 mal in  Tagen

Welche Farbe hat der Stuhl Deines Babys?

## Stillmanagement / Handling bei der Flaschenfütterung

In welcher Position stillt / trinkt Dein Kind am häufigsten?

Natürliche, zurückgelehnte Positionen  Wiege  Rückengriff  
 Seitlich im Liegen  Hoppe Reiter  beim Herumgehen  Tragetuch o.ä.

Wie oft stillt/ trinkt Dein Kind typischerweise?

mal in 24 Std. - davon nachts, ca.  mal.

Wie lange dauert eine typische Still-/Trinkmahlzeit ungefähr?

1 bis 10 Min.  10 bis 30 Min.  30 bis 60 Min.  über 60 Min.

Welche (künstlichen) Sauger verwendet Dein Baby aktuell? Von welchem Hersteller?

Keine  Brusthütchen   Schnuller   
 Elternfinger  Flasche

Wo schläft Dein Baby?

Puckst Du Dein Baby?  Ja  Nein Falls ja, wann?

## Zufüttern

Ich füttere nicht zu

Ich füttere zu seit  auf Anraten von

Wieviel und was fütterst Du zu?

Muttermilch  ml pro Tag in  Portionen à ca.  ml  
 Pre-Nahrung  ml pro Tag in  Portionen à ca.  ml

Welche Nahrung:

Tee/ Wasser/  ml pro Tag in  Portionen à ca.  ml

Wie gewinnst Du Deine Muttermilch?  gar nicht

Handpumpe  elektr. Einzelpumpe  elektr. Doppelpumpset  Ausstreichen per Hand

Ich gewinne insgesamt ca.  ml Muttermilch in 24 Std. in  Pumpeinheiten.

Ich benutze zum Füttern

Zufütterung an der Brust/ Brusternährungsset  Becher  Flasche  Fingerfeeder

## Stillerfahrung / Familienanamnese

Ist dies Dein erstes Kind? Falls nicht, wie lief das Stillen / Füttern mit der Flasche bei Deinem/ Deinen anderen Kind/ Kindern?

## Was ist Dein Beratungsziel?

Wie wurdest Du auf mein Angebot aufmerksam?

- Webseite/Internetrecherche       Flyer/Aushang Wo?       Empfehlung durch

## Kosten & Datenschutz

Die aktuellen Angebote und Kosten unter [www.natuerlich-Eltern.com](http://www.natuerlich-Eltern.com) sowie die auf der Homepage einsehbaren AGB und Datenschutzregelungen gelten mit Unterschrift als vereinbart.

Die hier angegebenen personenbezogenen Daten sind allein zum Zwecke der Stillberatung durch Natürlich Eltern notwendig und erforderlich. Die durch nachstehende Unterschrift geleistete Freigabe der Datennutzung gilt für alle Mitarbeiter von Natürlich Eltern, sollten sie im administrativen bzw stellvertretenden Fall relevant sein. Sie werden auf freiwilliger Basis über ein von der Familie gewähltes Medium (Mail, Messenger Dienste, etc) übermittelt, innerhalb der gesetzlichen Fristen gespeichert und werden nicht ohne weiteres Einverständnis an Dritte weitergegeben. Zu jederzeit kann die Löschung der Daten verlangt werden, die je nach dem welches Medium für die Kommunikation gewählt wurde, auch in den technischen Möglichkeiten begrenzt sein kann.

Sollte eine Mitbehandlung von weiteren Fachpersonen außerhalb von Natürlich Eltern notwendig sein, kannst Du im folgenden einer Datennutzung zustimmen (erforderlich bei Zungenbandberatung).

- Ich willige ein, dass die in der Stillberatung erhobenen Daten und Informationen zur Stillsituation, ggf Fotos oder Videos an die mitbehandelnden Fachpersonen weitergegeben und zum Zweck der Inanspruchnahme einer kollegialen Fallberatung besprochen werden dürfen. Hierfür dürfen gängige Telekommunikationsmedien wie Telefon, Mail oder Telegram bzw Signal Messenger verwendet werden.
- Ich möchte gerne über weitere Angebote von Natürlich Eltern und dem Naturkind – Raum für Familie informiert werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärungen jederzeit widerrufen kann.

Sollte im Rahmen der Stillberatung eine Begutachtung der oralen Funktion nötig sein, willige ich einer vorsichtigen Untersuchung des Mundraumes nach vorheriger Ankündigung und erneuter Zustimmung meinerseits ein. Mir ist bewusst, dass dies keine ärztliche Diagnose ersetzt und es sich bei der Beratung um Denkanstöße und Handlungsvorschläge der Beraterinnen von Natürlich Eltern handeln. Die Verantwortung für das weitere Vorgehen liegt jederzeit in vollem Umfang bei mir.

Ort, Datum

Unterschrift