

## Kontaktformular Stillbegleitung

Name, Vorname

Name des Kindes

Kind geb. am

Anschrift

Telefon

E-Mail

## 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?

---