



Anamnesebogen Stillberatung

Datum			
Name der Mama		Geburtsdatum	
Name des Babys		Geburtsdatum	
Adresse			
E-Mail			
Telefon			
Geschwister	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Name und Alter	

Wie bist Du zu mir gekommen?

Empfehlung
 Google
 Instagram
 Facebook

Schwangerschaft

Wie hast du deine Schwangerschaft erlebt?	
Medikamente während der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?:
Magnesium während der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann abgesetzt?:
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?:
Brustwachstum in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie?:

Geburtsanamnese

In welcher SSW?			
Geburt	<input type="checkbox"/> Spontangeburt	<input type="checkbox"/> Saugglocke/KIWI/Zange	
	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt, warum?:		
Medikamente während der Geburt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?:		
Schmerzmittel während der Geburt?	<input type="checkbox"/> PDA	<input type="checkbox"/> Lachgas	
	<input type="checkbox"/> Spinalanästhesie	<input type="checkbox"/> Vollnarkose	
Geburtsgewicht Baby			
Aktuelles Gewicht Baby			



Sonstige Faktoren (Mama)	
Brustoperation(en)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:
Trinkmenge pro Tag	ml
Ernährung	<input type="checkbox"/> ausgewogen und ausreichend <input type="checkbox"/> NoCarb <input type="checkbox"/> Paleo <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> LowCarb
Essstörung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:
Hast du Stress?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:
Hast du Sorgen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:

Brust	
Deine Mamillen schmerzen	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> beim Ansaugen und in den ersten paar Minuten <input type="checkbox"/> nur beim Ansaugen <input type="checkbox"/> während des kompletten Stillens <input type="checkbox"/> nach dem Stillen
Der Schmerz ist (mehrfach Nennung möglich)	<input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> brennend <input type="checkbox"/> wie heiße Nadeln <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> juckend <input type="checkbox"/> drückend
Deine Mamille ist	<input type="checkbox"/> leicht gerötet/gereizt <input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> eitrig <input type="checkbox"/> nach dem Stillen weiß oder blau <input type="checkbox"/> stark gerötet/gereizt <input type="checkbox"/> verschorft <input type="checkbox"/> weiß belegt
	<input type="checkbox"/> nach dem Stillen verformt (gequetscht, flachgedrückt, Form eines Lippenstifts) <input type="checkbox"/> Auf der Mamille sitzt ein gelbes oder weißliches Bläschen
Deine Brust ist	<input type="checkbox"/> schmerzhaft <input type="checkbox"/> knotig <input type="checkbox"/> warm/heiß <input type="checkbox"/> ganz verhärtet <input type="checkbox"/> stellenweise verhärtet <input type="checkbox"/> gerötet
Der Schmerz ist (mehrfach Nennung möglich)	<input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> brennend <input type="checkbox"/> wie heiße Nadeln <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> juckend <input type="checkbox"/> drückend



Weitere Symptome	<input type="checkbox"/> Fieber seit wann? wie hoch? <input type="checkbox"/> Stirnkopfschmerz seit wann?	<input type="checkbox"/> Gliederschmerzen seit wann? <input type="checkbox"/> „Grippegefühl“, Abgeschlagenheit seit wann?
------------------	---	--

Informationen zum Baby

Dein Baby hat	Pipiwindeln in 24 h
Dein Baby hat	Stuhlwindeln <input type="checkbox"/> in 24 h <input type="checkbox"/> pro Woche

Trinkverhalten

Dein Baby trinkt	<input type="checkbox"/> hastig <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> schläft schnell ein <input type="checkbox"/> ist ungeduldig <input type="checkbox"/> ist nach dem Stillen zufrieden	<input type="checkbox"/> verschluckt sich oft <input type="checkbox"/> ist ungeduldig <input type="checkbox"/> hat eine Lieblingsseite <input type="checkbox"/> streckt sich durch, macht sich steif <input type="checkbox"/> möchte ständig an die Brust
Dein Baby	<input type="checkbox"/> hat eine Blase auf der Unter- /Oberlippe <input type="checkbox"/> macht Schmatz- oder Klicklaute während des Stillens	<input type="checkbox"/> stößt frische oder angedaute Milch auf <input type="checkbox"/> erbricht Milch schwallartig <input type="checkbox"/> hat starke Blähungen

Anatomie

Wenn dein Baby schreit, liegt die Zunge	<input type="checkbox"/> unten im Mund <input type="checkbox"/> berührt die Zungenspitze den Gaumen <input type="checkbox"/> berührt ein Großteil der Zunge den Gaumen	
Die Zungenspitze deines Babys	<input type="checkbox"/> hat die Form eines Herzchens <input type="checkbox"/> ist (fast) eckig	<input type="checkbox"/> ist rund <input type="checkbox"/> ist spitz
Dein Baby	<input type="checkbox"/> kann die Zunge weit aus dem Mund strecken <input type="checkbox"/> streckt seine Zunge nur bis knapp über die Kauleiste <input type="checkbox"/> streckt seine Zunge gar nicht richtig aus dem Mund	
Dein Baby hat eine belegte Zunge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Wenn ja, der Belag lässt sich vorsichtig wegschaben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Welche Farbe hat der Belag?	<input type="checkbox"/> weiß <input type="checkbox"/> grau	<input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> andere Farbe, welche?



Stillmanagement	
Häufigkeit	Mal in 24 h
Stilldauer	Minuten im Durchschnitt
Stillst du voll?	<input type="checkbox"/> Nein, weil <input type="checkbox"/> Ja
Stillst du beide Seiten pro Stillmahlzeit?	<input type="checkbox"/> Nein, immer abwechselnd <input type="checkbox"/> Nein, immer nur <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links (einseitige Stillen) <input type="checkbox"/> Ja
Hast du	<input type="checkbox"/> von Beginn an zu wenig Milch? <input type="checkbox"/> ganz plötzlich zu wenig Milch? <input type="checkbox"/> zu viel Milch <input type="checkbox"/> ausreichend Milch
Pumpst du ab?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig, Mal in 24h, Minuten pro Pumpvorgang <input type="checkbox"/> Ja, unregelmäßig Mal in 24 h, Minuten pro Pumpvorgang
Fütterst du zu?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> ml in 24h, <input type="checkbox"/> ml pro Mahlzeit <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> Formula, welche Marke? <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Flasche <input type="checkbox"/> Becher <input type="checkbox"/> Löffel <input type="checkbox"/> Fingerfeeder <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Brusternährungsset
Stillhütchen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
Schnuller	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit: und wie?

Seit wann bestehen die Beschwerden?
Was hast du bist jetzt unternommen?
Weitere Informationen, die du für eine Stillberatung relevant findest und mir mitteilen möchtest: