



## Anamnesebogen

Folgende Punkte bitte so gut wie möglich ausfüllen und mir mind. 24h vor vereinbartem Termin zukommen lassen. Vielen Dank

<b>Vollständiger Name der Mutter:</b>	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Beruf:	
Telefon:	E-Mail:
<input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher	
Krankenkasse der Mutter:	
Gynäkologe:	
Kinderarzt:	
Hebamme:	
(Osteopathie, Physio, etc.):	
Entbindungsklinik:	
Empfohlen/ aufmerksam geworden durch:	

<b>Name des Kindes:</b>			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge		
Geburtsdatum:			
SSW:		Kopfumfang:	
Geburtsgewicht in gr.:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> SGA	<input type="checkbox"/> LGA
Erkrankungen:		Besonderheiten:	
Zu kurzes Zungenband <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Frenotomie am:	
Spalte:	<input type="checkbox"/> Lippe <input type="checkbox"/> Kiefer <input type="checkbox"/> Gaumen	<input type="checkbox"/> Einseitig <input type="checkbox"/> Beidseitig <input type="checkbox"/> keine	
Allgemeines Verhalten:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> ungeduldig		
Verhalten an der Brust:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verweigert <input type="checkbox"/> hält kein Saugschluss <input type="checkbox"/> beißt <input type="checkbox"/> schreit <input type="checkbox"/> öffnet den Mund nicht weit genug		
Nasse Windeln:	Wie oft:	Wie viel:	Geruch:
Stuhlgang:	Wie oft: Konsistenz:	Wie viel:	Geruch:



BERATUNGSANLIEGEN:


WAS WURDE BISHER GETAN?


SCHWANGERSCHAFT:

Anzahl Schwangerschaften:	Anzahl der Geburten:
Wie hast du deine Schwangerschaft erlebt:	
Hast du Medikamente eingenommen, wenn ja welche?	
Hast du Magnesium eingenommen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann abgesetzt?
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft, wenn ja welche?	
Risikofaktoren:	
Ist die Brust in der Schwangerschaft gewachsen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Brustoperation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges (Erkrankungen, Allergien, Medikamente, etc.):	

GEBURT:

Ort der Geburt:	Krankenhaus: <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Hausgeburt
Geburtsmodus:	<input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zange <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Sectio
Medikamente:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Einleitung <input type="checkbox"/> Wehenhemmung (Tokolyse) <input type="checkbox"/> Schmerzmittel <input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Wehenmittel <input type="checkbox"/> Infusion
Anästhesie:	<input type="checkbox"/> PDA <input type="checkbox"/> Spinale <input type="checkbox"/> Vollnarkose



Blutung:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> extrem
Bonding nach Geburt:	<input type="checkbox"/> >2h <input type="checkbox"/> <2h <input type="checkbox"/> nein
Breast Crawl/Self-Attachment:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie war das erste Stillen? (im KRS? wann? wer hat geholfen? Mama allein? Baby allein? wie lange? intensiv? ausdauernd? Hilfsmittel? Haltung?)	
Verlegung des Babys:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rebonding Wochenbett:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein

STILLEN:

Brust:	<input type="checkbox"/> ungewöhnliche Form <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> gut formbar <input type="checkbox"/> Rötungen <input type="checkbox"/> Schwellungen <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Verhärtung
Lokalisation:	
Mamille:	<input type="checkbox"/> klein <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> groß <input type="checkbox"/> flach <input type="checkbox"/> Grübchen <input type="checkbox"/> Hohlwarze <input type="checkbox"/> ungewöhnliche Form <input type="checkbox"/> wund <input type="checkbox"/> Schrunden <input type="checkbox"/> Rhagaden <input type="checkbox"/> sonstiges:
Lokalisation:	

### Einverständniserklärung / Zustimmungserklärung

Ich bestätige, dass die Beratung in jedem Falle ergebnisoffen erfolgt. Ein bestimmter Erfolg kann und wird nicht garantiert.

Ich bin darüber informiert, dass die Beratung durch eine Still- und Laktationsberaterin (IBCLC) **keinen Arztbesuch ersetzt** und diesem nicht gleichkommt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Beratung erhobenen Informationen zur Verständigung mit den von mir angegebenen Ärztinnen und Ärzten sowie – sofern erforderlich – mit meiner Hebamme verwendet werden dürfen. Darüber hinaus dürfen diese Daten **in anonymisierter Form** zu Lehrzwecken sowie für statistische Auswertungen genutzt werden.

Ich stimme zu, dass im Rahmen der Beratung **ausschließlich beratende Maßnahmen** erfolgen und **keine medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen** durchgeführt werden.

### AGB & Widerrufsbelehrung

- Ich habe die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB)** unter <https://liebevollgestillt.de/agb/> zur Kenntnis genommen und **stimme diesen zu**.
- Ich habe die **Widerrufsbelehrung** unter <https://liebevollgestillt.de/widerrufsbelehrung/> zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass bei **Dienstleistungen, die zu einem konkreten Termin/Zeitraum erbracht werden**, grundsätzlich **kein Widerrufsrecht** besteht.

Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_