

## Fragebogen Stillberatung

**Datum:**

Vor und Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Kind + Name: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Geburtsmodus: \_\_\_\_\_

Wochenbetthebamme: \_\_\_\_\_

Frühere positive oder negative Still Erfahrungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihrer Krankheitsgeschichte

Haben Sie Grunderkrankungen (Schilddrüse, Diabetes, Bluthochdruck, Epilepsie, Allergien, Autoimmunerkrankungen, chronische Erkrankungen)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche + seit wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen (Brust, Gebärmutter, etc.):  Ja  Nein

Wenn ja, welche + wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erkrankungen/Komplikationen in Schwangerschaft + welche?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Medikamente + welche:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Drogen + welche:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Zigarettenkonsum:  Ja  Nein

Wie ernähren Sie sich (Mischkost, vegetarisch, vegan etc...)? \_\_\_\_\_

Haben sie ausreichend Unterstützung zu Hause/im Alltag?  Ja  Nein

### Angaben zur Stillgeschichte/Stillstart

Lag Ihr Kind bis zum ersten Stillen ununterbrochen nackig auf ihrer Brust?

 Ja  NeinHaben Sie im Kreißsaal gestillt?  Ja  NeinWie oft hat Ihr Kind in den ersten 24 Stunden gestillt: \_\_\_\_\_

Wie oft hat Ihr Kind nach den ersten 24 Stunden gestillt: \_\_\_\_\_

Haben Sie Milch per Hand entleert oder gepumpt:  Ja  Nein

Wurde zugefüttert?  Ja  Nein

Wenn ja, wie + wieviel? \_\_\_\_\_

Wurde ein Brusthut benutzt?  Ja  Nein

Haben Sie die initiale Brustdrüsenanschwellung bemerkt?  Ja  Nein

Wenn ja, an welchem Tag? \_\_\_\_\_

## Angaben zum Kind + aktuelle Situation

Wie oft hat Ihr Kind Stuhlgang + Urin in 24 Stunden: \_\_\_\_\_

Wie oft stillt Ihr Kind in 24 Stunden: \_\_\_\_\_

Stillen Sie mit Brusthut:  Ja  Nein

Pumpen Sie momentan:  Ja  Nein

Wenn ja, wie oft, wie lang, einzeln/doppelt, wieviel pumpen Sie ab: \_\_\_\_\_

Aktuelle Therapien (Osteo-, Physio, Logopädie): \_\_\_\_\_

## Gewichtsentwicklung:

Datum	Alter in Wochen	Gewicht	Datum	Alter in Wochen	Gewicht

## Wie können wir Ihnen helfen?

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zu Ihrem Termin in der Stillambulanz im Klinikum St. Georg, Haus 20, 4. Etage mit.