



Stammdaten für eine Stillberatung

_____	_____	_____	_____
Nachname der Mutter	Vorname	Geburtsdatum	Beruf
_____	_____	_____	_____
Nachname des Kindesvaters	Vorname	Geburtsdatum	Beruf
_____		_____	
Adresse		Telefonnummer	

Gynäkologe(in)			

Kinderarzt(in)			

Hebamme / Geburtsklinik		MKP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
_____	_____	_____	_____
Nachname u. Vorname d. Kindes	Geburtsdatum	Geburtsstermin	Geschl.  
_____	_____	_____	Geburtsgewicht u. Länge
_____	_____		
Geburtsart	Entlassungsgewicht / Apgar		

Copyright: Petscharnig Alfreda, Hebamme, 2003 ©

Hiermit erkläre ich, dass ein Besuch bei der Hebamme einen Arztbesuch nicht ersetzt, dass die aus den Unterlagen erhobenen Daten bei Bedarf an die in den Unterlagen angeführten Ärzte/Hebamme weitergeleitet werden darf und anonym zu Lehrzwecken benutzt werden können.

Datum: _____ Unterschrift der Mutter: _____

Anamnese der Mutter:

Name: _____

Blatt Nr: _____

Datum: _____

Verlauf der Schwangerschaft u. Geburt:	
Verlauf des Wochenbettes :	
Bekannte Allergien:	
Nehmen Sie derzeit Medikamente: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / Welche: _	
Dzt. Körpergewicht: _____	
Stillen:	
1. Anlegen (Wo, wann , wie lange, ein od. beidseitig): _____	
Stillhilfe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein , durch wen: _____	
Stillerfahrung im Wochenbett:	
Komplikationen im Wochenbett: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein /	
Welche: _____	
Versorgung des Kindes selbständig : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise	Zufüttern: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Pumpen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ,
Warum: _____	
Rooming - in : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise	Welche Nahrung wurde zugefüttert:
	Wie oft:
Stillen zu Hause:	
Wie häufig wird das Kind(er) angelegt :	
Pro Mahlzeit eine od. beide Seiten angeboten:	
Zugefüttert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / Welche Nahrung: _____, Wie verabreicht: <input type="checkbox"/> Flasche <input type="checkbox"/> Pipette <input type="checkbox"/> Brusternährungsset	
Nachbetreuung durch einen Hebamme: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Abgestillt:	
Durch Medikamente: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	Warum : _____
Durch wen: _____	
Wie ist Ihr Schlafverhalten:	

Copyright: Petscharnig Alfreda, Hebamme, 2003 ©

Anamnese des Kindes:

Name: _____

Blatt Nr: _____

Datum: _____

Allgemeinzustand bei der Erstuntersuchung:

Reaktionsmuster: normal auffällig

Besonderheiten/ Auffälligkeiten/ Fehlbildungen:

Bewegungsmuster: normal auffällig

Verhalten allgemein: normal auffällig

Verhalten an der Brust: normal schreit beißt verweigert öffnet den Mund nicht Saugt schlecht schläft schnell ein

Saugverhalten: normal auffällig

Ausscheidungen:

Stuhl: wie oft in 24 Stunden: _____ Welche Konsistenz: _____ Welche Farbe: _____ Welcher Geruch: _____

Harn: Wie oft in 24 Stunden: _____ Wie viel pro Windel: _____

Gaumenform : Normal Abweichung / wenn Ja welcher Art: _____

Schlafverhalten:

Sonstige Besonderheiten:

Copyright: Petscharnig Alfreda, Hebamme, 2003 ©