

Fragebogen für Stillberatung

Mama-Fahrschule®



Name Mutter: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

_____ Telnr.: _____

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: Krankenhaus Geburtshaus Hausgeburt Alleingeburt

Geburtsart (zutreffendes unterstreichen)

Spontan, eingeleitet, Kaiserschnitt, Saugglocke, Kristeller, Episiotomie, anderes:

harmonisch mittel traumatisch

Geburtsgewicht dein Kindes: _____ Gewicht bei der Entlassung: _____

Wie alt jetzt und aktuelles Gewicht: _____

Nimmt Dein Baby einen Schnuller? Ja Nein

Wenn ja, seit wann und bei welcher Gelegenheit? _____

Wird zugefüttert? Ja Nein

Wie? (Flasche oder Stillfreundlich?) _____

Formula oder Mumi? _____

Wieviel in 24 Std? _____

Hast du in der Schwangerschaft geraucht? _____ Rauchst du aktuell? _____ Wenn ja, wieviel? _____

Hast du in der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol getrunken? Ja Nein

Trinkst du aktuell regelmäßig Alkohol? _____ Wenn ja, wie viel? _____

Hast du in der Schwangerschaft regelmäßig Drogen genommen? Ja Nein

Nimmst du aktuell regelmäßig Drogen? _____ Wenn ja, welche? _____

War deine Schwangerschaft belastend? Stress? Ja Nein

War dein Kind ein Frühchen? Ja Nein

In welcher SS-Woche geboren: _____

Stationsaufnahme p.p. nötig? Ja Nein wie lange?: _____

Wenn ja, Grund: _____

Geschwister: Ja Nein

Name(n), Geschlecht: _____

Gestillt? Ja Nein Wie lange? _____

Wenn nein, Grund angeben: _____

Kinderarzt: _____

Unterstützt das Stillen: Ja Nein ein bisschen (je nachdem)

Datum des letzten Arztbesuches: _____

Stillberaterin (Name und welcher Titel): _____

Wann gesehen? _____

Hebamme: _____ Wann gesehen? _____

Hat dein Baby Allergien gegen Medikamente: Ja Nein

Welche?: _____

Hast du Erkrankungen? Welche? _____

Nimmst du Medikamente ein (auch rezeptfreie/pflanzliche)?

Medikamente die dein Kind einnimmt (auch rezeptfrei/pflanzlich):

Symptome deines Kindes:

- Schläft während der Pflege ein Schiebt die Brustwarze beim Anlegen weg
 Saugt nicht stark genug Kaut beim Stillen auf Brustwarzen herum
 Kolikenq Erbrechen Sehr langsame Gewichtszunahme
 Schnuller fällt immer aus dem Mund Es muss sehr oft gestillt werden (wie oft am Tag?) _____
 sehr kurze Schlafphasen Macht beim Stillen Geräusche (schnalzen) Es kommt Milch aus der Nase
 Schreit die Brust anAndere: _____

Hast du einen Geburtsvorbereitungskurs gemacht? (Welchen?): Ja Nein

Hast du einen Stillvorbereitungskurs gemacht? (Welchen?): Ja Nein

Stillst du gerne? Ja Nein meistens manchmal

Wurdest du gestillt? Ja (wie lange?): _____ Nein weiß nicht

Wie lange hast du vor zu stillen?: _____

Warum?: _____

Treffen folgende Punkte auf dein Kind zu?

Gewichtsverlust Atemprobleme im Gesicht blau anlaufen Verstopfte Nase Erbrechen

Spucken (wie häufig?): _____ Blutungsprobleme Schluckbeschwerden

Mundatmung Schnarchen Anderes: _____

Deine Symptome

Starke Schmerzen beim Anlegen Entzündete Brustwarzen Blutende Brustwarzen

Brustentzündung (Mastitis) Wenig Milchfluss Verstopfte Milchgänge

Infektion der Milchkanäle (Soorinfektion) Anderes: _____

Erkrankungen / Operationen

Hat dein Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein

welche genau: _____

Wurde dein Kind bereits operiert? Ja Nein

was genau: _____

Gab es eine OP an Zunge/Lippe? Ja Nein

Von wem? _____

Leidet dein Kind unter Epilepsie, Krämpfen oder Ohnmachtsanfällen? Ja Nein

Hat dein Kind sonstige Erkrankungen? Welche genau:

Gibt/gab es in deiner Familie:

kurze Zungenbändchen/Lippenbändchen Spaltfehlbildungen Hypertonie Diabetes

Chromosomenkrankheiten/Gendefekte

Anderes: _____

Wo schläft dein Baby? im Elternbett im Beistellbett im Elternschlafzimmer (im eigenen Bett)

im eignen Zimmer

Wie schläft es (ruhig/unruhig): _____

Wie häufig will es stillen?: _____

Wo stillst du es?: _____

Kennst du die Empfehlungen der SIDS-Prophylaxe? Ja Nein

Kennst du die 10 Schritte des erfolgreichen Stillens von WHO & Unicef? Ja Nein

