

	<h2>Stillanamnese</h2>	Ansprechpartner: Dr. K. Gbur		
Geltungsbereich: Frauenheilkunde, Geburtshilfe	<h2>Patienteninformation</h2>		156194	17-FRAUEN, 17-GEB

Vor-/und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Mutter,

um Sie bezüglich der Ernährung Ihres Kindes bestmöglich beraten zu können, bitten wir Sie, sich einen Moment Zeit zum Ausfüllen dieses Fragebogens zu nehmen:

Wie möchten Sie Ihr Kind ernähren?

Haben Sie Allergien in Ihrer Familie? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nur ausfüllen, wenn Sie stillen möchten.

Haben Sie bereits ein Kind gestillt? Ja Nein

Wenn ja, gab es Probleme? Ja Nein

Wenn es Probleme gab, welche?

Welche Unterstützung wünschen Sie sich jetzt?

Wenn Sie zum ersten Mal stillen: Haben Sie sich bereits informiert? Ja Nein

Wenn ja, wie? Säuglingspflegekurs Stillgruppe Bekannte/ Mutter Bücher Sonstiges

Wie lange möchten Sie stillen?

Rauchen Sie? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat die Geburt Ihres letzten Kindes Ihren Erwartungen entsprochen? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

Haben Sie eine sehr empfindliche Haut? Ja Nein

Hat sich Ihre Brust während der Schwangerschaft verändert? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine Brustoperation? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art war der Eingriff? _____

Hatten Sie je eine Erkrankung an der Brust? Ja Nein

Wenn ja, um welche Erkrankung handelte es sich? _____

Haben Sie spezielle Wünsche oder Fragen an uns bezüglich der Ernährung Ihres Kindes? Ja Nein

Benötigen Sie vor der Entbindung weitere Informationen oder Beratung zum Stillen? Ja Nein

Sollten während Ihres Wochenbetts doch noch oder noch mehr Fragen auftauchen, zögern Sie nicht uns anzusprechen!

Wir wünschen Ihnen eine gute Zeit bei uns!