



BITTE SENDEN SIE DIE ANGEHÄNGTEN FRAGEBÖGEN VOR UNSEREM TERMIN PER E-MAIL AN UNS ZURÜCK ODER BRINGEN SIE DIE UNTERSTÜTZUNG ZU UNSEREM TERMIN.

DIE BERATUNGSZEIT KANN SOMIT GANZ IHREM ANLIEGEN GEWIDMET WERDEN UND WIR HABEN AUSREICHEND ZEIT FÜR SIE UND IHR BABY.

VIELEN FANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

IHR VITA – TEAM

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Mailadresse:

_____@_____

Haben Sie eine Nachsorgehebamme?

☐ Nein

☐ Ja, nämlich:

Behandelnder Gynäkologe:

Behandelnder Kinderarzt:

Name, Vorname des gestillten Babys:

Geburtsdatum des gestillten Babys:

Wann war der errechnete Geburtstermin?:

Ihr wievielles Kind ist Ihr Baby? (Ev. Alter der Geschwister):

Geburtsgewicht:

Aktuelles Gewicht/ Datum (falls bekannt):

Wie wurde es Geboren?:



Spontangeburt?



Saugglocke/Zange?)



Kaiserschnitt?

Wie erlebten Sie die Schwangerschaft?

☐ Normal/Ruhig?

☐ Problematisch?

☐ Beschwerlich?

☐ Chaotisch?

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente einnehmen müssen Wenn ja, welche?

Haben Sie Magnesium eingenommen? Wenn ja, wieviel?

Lag bei Ihnen ein Schwangerschaftsdiabetes vor?

Diätetisch eingestellt oder insulinpflichtig?

☐ Nein

☐ Ja

☐ Diätetisch eingestellt ☐ Insulinpflichtig

Hatten Sie diesbezüglich bereits in der Schwangerschaft eine Stillberatung?

☐ Nein

☐ Ja

Wie erlebten Sie die Geburt?

☐ Normal/ruhig/schön? ☐ Problematisch/traumatisch?

Haben Sie soweit Ihnen bekannt ist Medikamente oder Narkosen bekommen?
(z.B. PDA, Spinalanästhesie, Vollnarkose, Schmerzmittel, Wehenmittel?)

☐ Nein ☐ Ja und zwar: _____

Wie erlebten Sie bzw. erleben Sie Ihr Wochenbett?

☐ Normal/Ruhig? ☐ Problematisch? Beschwerlich? Wenn ja, welche Beschwerden

Ist die Rückbildung laut Ihrer Hebamme/Wochenbettschwester normal? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es abgesehen von der Geburt Ihres Babys gerade Dinge in Ihrem Leben, die Sie stark beschäftigen
oder Ihnen Sorgen machen?
(z.B. Umzug, Beruf, familiäre Sorgen,)

Haben Sie Vorerkrankungen bzw. chronische Erkrankungen?

☐ Nein

☐ Wenn Ja, welche

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Nein

☐ Wenn Ja, welche

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?

☐ Nein

☐ Wenn Ja, welche

Haben Sie in den letzten 5j. dauerhaft ein Medikament eingenommen?

☐ Nein

☐ Wenn Ja, welche

Wenn Ihr Baby nicht Ihr erstes Kind ist, haben Sie Ihr/Ihre älteres/älteren Kinder gestillt?

☐ Ja ☐ Nein

Wie lange? Gab es Probleme? Waren Sie damals mit der Stillbeziehung zufrieden?

Wie oft stillen Sie aktuell etwa innerhalb 24h?

Wie lange dauert etwa eine Stillmahlzeit?

Wenn Ihr Baby in dieser Zeit zufällig gewogen wird, z.B. von Ihrer Nachsorgehebamme, so tragen Sie auch bitte die Ihnen bekannten Gewichte mit Datum ein.

Und natürlich all Ihre Fragen. Ich freue mich schon auf Sie und Ihr Baby!

[illegible]