

Anmeldung Stillberatung

Name, Vorname	Anschrift
bisherige Beratungen	Kontakt über
Tel.	Hebamme
Mail	Kinderarzt
	Gynäkologe
<u>Mama</u>	
Gravida (Schwangerschaften)	Geschwister
bekannte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> gestillt <input type="checkbox"/> nicht gestillt <input type="checkbox"/> abgepumpt
<u>Geburt</u>	SSW:
<input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> primär sectio <input type="checkbox"/> sekundär sectio	Komplikationen:
<u>Kind</u>	ET: geb.:
<input type="checkbox"/> Einling <input type="checkbox"/> Zwilling <input type="checkbox"/> Mehrling	Geburtsgewicht: aktuelles Gewicht:
Besonderheiten	bisherige Behandlungen
<u>Stillmanagement</u>	
Anzahl & Dauer Stillmahlzeiten / 24h	nasse Windeln / 24h Stuhlwindeln / 24h
Schmerzen (Wo, Art)	<input type="checkbox"/> Flasche <input type="checkbox"/> Sauger

Datum:

Unterschrift: