Stillen…

Das Schönste für Mutter und Kind.

Aufnahmeblatt Schwangeren-Beratung

# Persönliche Daten der Mutter

Name, Vorname: Geb. am:

Beruf: Familienstand:

Wohnanschrift:

E-Mail / Tel.-Nr.:

Arzt: Hebamme:

# Persönliche Daten zum Kind

SSW: geplanter Geburtstermin:

Geplanter Geburtsort / geplante Geburtsart:

Gibt es Komplikationen in der Schwangerschaft? □ ja □ nein

Falls ja: …

Nehmen Sie Medikamente während der Schwangerschaft eingenommen? □ ja □ nein

Falls ja, ….

Gibt es Besonderheiten in Ihrer Ernährung? □ ja □ nein

Falls ja, ….

Gab es in Ihrer Vergangenheit Operationen an der Brust?  □ ja □ nein

Falls ja, ….

Gibt es Auffälligkeiten ihrer Brüste? □ ja □ nein

Falls ja, ….

Gibt es Still-Vorerfahrungen? □ nein □ ja

Wenn ja, gab es hier Besonderheiten? Falls ja, … □ ja □ nein

Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen bekannt? □ ja □ nein

Wenn ja, welche….

Zu welchen Themen wünschen Sie eine Beratung:

Stillen □ ja □ nein

Flaschenfütterung □ ja □ nein

Beikost □ ja □ nein

Andere Themen: ….

Allgemeine Geschäftsbedingungen

1. Allgemeines

Auf Grundlage der vorliegenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen kommt zwischen Herrn Armin Lau mit der ausführenden Still- und Laktationsberaterin IBCLC, Kerstin Hoge, und der Klientin ein Vertrag zustande, sobald der Termin zur Stillberatung vereinbart wird.

Ich erkläre, dass ich verstehe, dass der Besuch einer Still- und Laktationsberaterin IBCLC einem Arztbesuch nicht gleichkommt oder ihn ersetzt. Die Beratung erfolgt stets nach bestem Wissen und Gewissen. Es handelt sich immer um Denkanstöße und Handlungsvorschläge. Die Verantwortung für das Vorgehen liegt jederzeit und in vollem Umfang bei der Klientin.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Informationen und entstandenen Bilder aus dieser Beratung anonym zu Lehrzwecken benutzt werden können.

1. Buchung und Stornierung

Terminvereinbarungen per Telefon oder E-Mail sind verbindlich. Mit der Vereinbarung eines Termins akzeptiert die Klientin die vorliegenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Kann ein geplanter Termin nicht wahrgenommen werden, ist dieser spätestens zu den Sprechzeiten des vorangehenden Werktages in der Praxis abzusagen. Ansonsten wird der komplette Betrag der Beratung in Rechnung gestellt.

1. Kosten und Zahlungsweise

Jede Beratung ist mit Kosten verbunden, welche die Klientin zu tragen hat. Nach § 4 Nr. 14 a UStG entfällt die Umsatzsteuer und muss nicht ausgewiesen werden.

Bei der 1. Stillberatung sollten Sie eine Zeitspanne von bis zu zwei Stunden einplanen. In dieser Zeit wird der Anamnesebogen und Fragen besprochen, eine Kontrolle der oralen kindlichen Anatomie und ggf. eine Untersuchung der Brust finden statt, sowie eine Stillmahlzeit zur Problemfindung sollte mit eingeplant werden. Die Kosten beinhalten zudem eine Zusammenfassung der Beratung mit Zusendung per Mail, auf Wunsch ein ärztlichen Befundbericht und ein Telefonat, bis max. 1 Woche nach Termin, um nochmals aufkommende Fragen zu besprechen und ist mit einem festen Preis berechnet.

Haben Sie Interesse an einer Beratung zu anderen Themen wie Flaschenfütterung, Beikost oder Sie sind gerade Schwanger und möchten sich vorab Informieren, bzw. haben eine Diagnose erhalten welche das Stillen erschwert. Dann werden die Kosten nach der Länge der Beratung abgerechnet.

 Beratungskosten: 1. Stillberatung 65,00 €

 bis zu 1 Stunde 35,00 €

 bei längerer Dauer 60,00 €

 per Telefon je 20 Minuten Dauer 10,00 €

Besteht der Wunsch auf einen Hausbesuch, müssen neben den Beratungskosten die Fahrkosten abgerechnet werden.

 bis 10 km + 10,00 €

 bis 20 km + 15,00 €

 bis 30 km + 20,00 €

Es besteht die Möglichkeit, die Rechnung bei Ihrer Krankenkasse einzureichen. Im Einzelfall werden die Kosten erstattet, auch wenn kein Leistungsanspruch besteht.

Barzahlung und Zahlung auf Rechnung sind erwünscht. Der Rechnungsbetrag ist nach Zugang der Rechnung ohne Abzug innerhalb von 14 Tagen fällig. Die Rechnung enthält alle Angaben, die für die Überweisung nötig sind. Die Klientin kommt erst nach Mahnung in Verzug.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort, Datum Unterschrift der Klientin