



Anamnesebogen für IBCLCs

Praxis

Datum:	Art des Kontaktes:
Uhrzeit von bis	empfohlen von:
Rechnung vom:	erhalten am:
Entfernung:	Fahrzeit:
Hebamme:	Gynäkologin:
Kinderarzt:	Krankenkasse:

Name der Mutter:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:	E-Mail:	
Name des Vaters:	Vorname:	Geburtsdatum:

Name des Kindes:	Geburtsdatum:		
ET:	SSW:	Geschlecht:	Alter des Kindes:
Geburtsgewicht:	jetziges Gewicht:		
niedrigstes Gewicht:	Gewichtszunahme/ Woche:		
Gewichtsabnahme in Prozent:	Geburtsmodus:		
Geschwister:	Geburtsort:		
Stillerfahrung:	Geburtserleben:		

Schmerzen beim Ansaugen <input type="checkbox"/>	Form der Mamillen nach dem Anlegen:
Schmerzen beim Stillen <input type="checkbox"/>	V.a. infizierte Mamillen <input type="checkbox"/>
Stillen mit Stillhut <input type="checkbox"/>	V. a. Soor auf Mamillen <input type="checkbox"/>
übermäßige Milchproduktion <input type="checkbox"/>	Vasospasmus <input type="checkbox"/>
eingeschränkte Milchproduktion <input type="checkbox"/>	Eingeschränkte Gewichtszunahme des Kindes <input type="checkbox"/>
Kind wird zugefüttert <input type="checkbox"/>	Milchstau/ Mastitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Menge der Zufütterung in 24 h:	Zufütterungsmethode:

Rechts

12

9 3

6

Links

12

9 3

6

Stillproblem:

Was möchten Sie erreichen?

Empfehlungen:

Ich verstehe, dass die Konsultation einer Still- und Laktationsberaterin (IBCLC) einem Arztbesuch nicht gleichkommt, oder ihn ersetzt.

Mit für die Beratung notwendigen Untersuchungen bei mir und meinem Kind bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass diese Beratung kostenpflichtig ist.

Sofern ich dies ausdrücklich wünsche, können die Informationen aus dieser Konsultation zur Verständigung mit den angegebenen Ärzten sowie mit meiner Hebamme besprochen werden. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen aus dieser Konsultation ohne Namensnennung zu Lehrzwecken sowie statistischen Auswertungen verwendet werden können. Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich erkläre mich mit der Erfassung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten (oben genannte personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten der Mutter: Geburtsverlauf und Medikation während der Geburt, vorhergegangene Geburten, frühere Stillverfahren, etwaige Vorerkrankungen, aktuelle Medikation, aktueller Gesundheitszustand, psychischer Gesundheitszustand, allgemeines Befinden; und des Kindes: Geburtsverlauf und Medikation während der Geburt, etwaige Erkrankungen, aktuelle Medikation, Gewichtsdaten, aktueller Gesundheitszustand, Ausscheidungen, Beobachtungen bzgl. Verhalten an der Brust und Beobachtungen eventueller Beeinträchtigungen des Stillens (anatomische Besonderheiten) zum Zwecke einer Stillberatung (Erstellung und Auswertung einer Gewichtskurve) einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Für medizinische Daten besteht eine zehnjährige Aufbewahrungspflicht.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Impressum: