

## Anamnesebogen

Datum der Beratung:

Uhrzeit:

<b>Mutter:</b>	Geburtsdatum:
Beruf:	
Adresse:	
Telefon:	Mail:
Krankenkasse Mutter:	
Gyn:	
KiA:	
Hebamme:	
Andere (Osteopathie, Physio, etc.):	
Entbindungsklinik:	

<b>Partner/in:</b>	Vater des Kindes: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beruf:
--------------------	---	--------

<b>Kind:</b>	Geburtsdatum:	
Geschlecht:	SSW:	Geburtsgewicht:

### Beratungsanliegen:


### Was wurde bisher unternommen?


### Schwangerschaft:

Anzahl der Schwangerschaften mit dieser:	Anzahl der Geburten mit dieser:
Nach Wunsch schwanger:	Auf die Schwangerschaft gewartet (Jahre):
Wie hast du deine Schwangerschaft erlebt:	
Hast du Medikamente eingenommen: welche:	
Hast du Magnesium eingenommen:	wann abgesetzt:
Lag ein Schwangerschaftsdiabetes vor:	<input type="checkbox"/> diätetisch eingestellt <input type="checkbox"/> insulinpflichtig
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft:	
Risikofaktoren:	
Ist die Brust in der Schwangerschaft gewachsen:	Brustoperationen:
Sonstiges (Erkrankungen, Allergien, Medikamente, etc.):	

### Wie bist du auf mich aufmerksam geworden?

**Geburt:**

<b>Wie hast du die Geburt erlebt:</b>	
<b>Ort der Geburt</b>	<input type="checkbox"/> Krankenhaus stationär <input type="checkbox"/> kurzstationär <input type="checkbox"/> Krankenhaus ambulant <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Hausgeburt
<b>Bei der Geburt anwesend</b>	<input type="checkbox"/> Hebamme <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Doula
<b>Geburtsmodus</b>	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zange <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Sectio:
<b>Medikamente</b>	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> Einleitung <input type="checkbox"/> Wehenhemmung (Tokolyse) <input type="checkbox"/> Schmerzmittel <input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Wehenmittel <input type="checkbox"/> Infusion
<b>Anästhesie</b>	<input type="checkbox"/> PDA <input type="checkbox"/> Spinale <input type="checkbox"/> Vollnarkose
<b>Interventionen</b>	<input type="checkbox"/> Mikrobiutuntersuchung Kind <input type="checkbox"/> Öffnung der Fruchtblase <input type="checkbox"/> Epi:
<b>Geburtsverletzungen</b>	
<b>Kindslage</b>	<input type="checkbox"/> Schädellage <input type="checkbox"/> Beckenendlage <input type="checkbox"/> Querlage
<b>Blutung</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch: <input type="checkbox"/> extrem:
<b>Geburtsdauer in Stunden</b>	

<b>Bonding nach Geburt</b>	<input type="checkbox"/> >2h <input type="checkbox"/> <2h: <input type="checkbox"/> Nein:
<b>Breast Crawl/Self-Attachment</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wie war das erste Stillen?</b> (im KRS? wann? wer hat geholfen? Mama alleine? Baby alleine? wie lange? intensiv? ausdauernd? Hilfsmittel? Haltung?)	
<b>Verlegung des Babys</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Rebonding Wochenbett</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Nein

**Anamnese Kind:**

<b>Geburtsgewicht:</b>	<b>Länge:</b>	<b>KU:</b>	<b>SSW:</b>
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> SGA <input type="checkbox"/> LGA		<input type="checkbox"/> Einling <input type="checkbox"/> Zwilling <input type="checkbox"/> Mehrling	
<b>APGAR:</b>			
<b>Erkrankung:</b>	<b>Besonderheiten:</b>		
<b>zu kurzes Zungenband:</b>	<b>Frenotomie am:</b>		
<b>Vitamin-K-Gabe:</b>			
<b>sonstige Auffälligkeiten:</b>			
<b>Spalte</b>	<input type="checkbox"/> Lippe <input type="checkbox"/> Kiefer <input type="checkbox"/> Gaumen	<input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> keine	
<b>Bewegungen</b>	<input type="checkbox"/> altersgemäß <input type="checkbox"/> hypoton <input type="checkbox"/> hyperton		
<b>Verhalten</b>	<input type="checkbox"/> altersgemäß <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> unruhig		
<b>Sonstiges:</b>			

**Gewichtsdaten Kind:**

Datum	Gewicht	Wo? / Größe

<b>Voll gestillt:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Zufüttern</b> (was, wann, Menge, Beikost):	
<b>Anz. Stillmahlzeiten in 24h:</b>	<b>Beide Seiten angeboten?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Dauer pro Seite:</b>	<b>Anz. nasse/volle Windeln in 24h:</b>
<b>Anlegepositionen:</b>	
<input type="checkbox"/> Schnuller	<input type="checkbox"/> Pumpe
<input type="checkbox"/> Flasche	<input type="checkbox"/> stillfreundl. Zufüttermethode
<input type="checkbox"/> Hütchen	→ warum?

**Anamnese Mutter:**

<b>Allgemeinzustand</b> (wie fühlst du dich?):		<b>Gewicht</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Übergewicht	
<b>Brust</b>	<input type="checkbox"/> klein <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> groß		
<b>Mamille</b>	<input type="checkbox"/> klein <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> groß <input type="checkbox"/> herausstehend <input type="checkbox"/> flach <input type="checkbox"/> Hohlwarze /Schlupfwarze		
<b>Brust in SS gewachsen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Initiale BDS (Milcheinschuss)</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> extrem		
<b>Milch-Spende-Reflex spürbar?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

<b>Stillerfahrungen bei Geschwisterkind(er):</b>
<input type="checkbox"/> wunde BW <input type="checkbox"/> zu wenig Milch <input type="checkbox"/> zu viel Milch <input type="checkbox"/> Milchstau <input type="checkbox"/> Mastitis <input type="checkbox"/> Vasospasmus <input type="checkbox"/> Soor <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> überakt. MSR <input type="checkbox"/> Zungenband:

**Stilltagebuch:**

Datum	Zeit	Seite	Dauer der Mahlzeit	Bemerkungen