

Anamnesebogen

Datum der Beratung:

Uhrzeit:

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

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

Kind:	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:

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

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

Anamnese Kind:

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

Gewichtsdaten Kind:

Datum	Gewicht	Wo? / Größe

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

Anamnese Mutter:

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

Stillerfahrungen bei Geschwisterkind(er):
<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