

Stillberatung Mag. (FH) Doris Kubicka, IBCLC

Stammdaten, Anamnese & Beratungsvertrag

Liebe Eltern!

Eine umfassende Anamnese ist die Grundlage für eine optimale Stillberatung. Damit wir bei unserem Ersttermin rascher einen Überblick über die Stillsituation bekommen, bitte ich Sie, mir diesen Anamnesebogen sorgfältig und so detailliert wie möglich auszufüllen und mir vorab per E-Mail (abfotografiert oder per Scan als PDF) zu übermitteln. Bei unserem Ersttermin besprechen wir den Anamnesebogen gemeinsam und ergänzen, was noch offen geblieben ist.

Bitte bringen Sie zum Beratungstermin folgende Unterlagen mit:

- Mutter-Kind-Pass, ggf. Wiegekarte falls vorhanden
- Entlassungsbericht Krankenhaus, falls möglich Geburtsbericht
- Etwaige aktuelle Blutbefunde
- OP-Berichte bei etwaigen Brustoperationen
- Falls Sie Stillhilfsmittel bzw. Zufütterungsutensilien (Flasche, Brusternährungsset,...) in Verwendung haben, bringen Sie diese bitte mit.

Da ich oft die Frage gestellt bekomme: Selbstverständlich ist der/die Partner:in beim Termin willkommen – es wäre sogar sehr hilfreich und wichtig!

Information zu Praxisterminen:

Adresse: Georg-Bannert-Straße 21/Top 1, 2442 Unterwaltersdorf
(1. Stock, kein Lift)

Das Gebäude liegt in einem Industriegebiet - Kostenloses Parken ist überall auf der Straße möglich (bitte nicht aufs Gelände einfahren, das sind Privatparkplätze.)

Kinderwagen bitte im Auto lassen.

Es gibt kein Wartezimmer, daher bitte nicht frühzeitig ins Gebäude kommen, sondern pünktlich zum Termin.

So erreichen Sie mich:

E-Mail: doris@geborgene-babyzeit

Telefon, SMS, Whatsapp, Signal: 0650/803 85 42

Danke für Ihre Zeit & bis bald,

Doris Kubicka

Stammdaten Mutter

Name

Titel, Vorname Nachname

Geburtsdatum

Monat Tag Jahr

Sozialversicherungsnummer

Adresse

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Bitte geben Sie eine gültige Telefonnummer ein.

E-Mail

beispiel@beispiel.de

Berufliche Tätigkeit vor der Karenz:

Name

Titel, Vorname Nachname

Stammdaten Vater bzw. Partner:in

Geburtsdatum

Monat Tag Jahr

Telefonnummer

Bitte geben Sie eine gültige Telefonnummer ein.

E-Mail

Berufliche Tätigkeit

Stammdaten Kind

Name

Vorname Nachname

Geburtsdatum

Monat Tag Jahr

Geschlecht

Männlich
Weiblich
Divers

Sozialversicherungsnummer

Geschwisterkinder:

	Name	Geburtsdatum	Alter beim Abstillen	nicht gestillt
Kind 1:				
Kind 2:				
Kind 3:				
Kind 4:				

Falls Probleme während der Stillzeit mit dem/den vorigen Kindern vorhanden, beschreiben Sie diese hier bitte kurz:

Gesundheitsfachkräfte

Kinderärzt:in (Name, Ort)

Gynäkolog:in (Name, Ort)

Hausärzt:in (Name, Ort)

Geburtsklinik (Name, Ort)

Hebamme Wochenbettbetreuung (Name)

Zuweisung/Empfehlung an mich erfolgte durch:

Grund der Konsultation

Geben Sie den Grund der Konsultation ein und Ihr wünschenswertes Ziel:

Anamnese Mutter

Ernährung

Mischkost
Vegetarisch
Vegan
anderes

Allergien

nein, auch keine Allergien gegen Medikamente
ja

Geben Sie hier alle bekannten Allergien an, inkl. Medikamentenallergien:

Rauchen

Nicht-Raucher:in

Raucher:in

stillender Elternteil

nicht-stillender Elternteil

Bestehen chronische und/oder akute Erkrankungen?

nein
ja

Falls ja, listen Sie hier Ihre Erkrankungen auf, und seit wann diese bestehen:

Bestehen psychische Vorerkrankungen bzw. akute psychische Beschwerdebilder?

nein

ja, ohne derzeitige Behandlung

ja, inkl. psychotherapeutische Behandlung

ja, inkl. psychiatrischer Behandlung

Falls ja, führen Sie hier ihre psychische(n) Vorerkrankung(en) an, und seit wann diese bekannt sind:

Nehmen Sie Medikamente (Dauermedikation und Bedarfsmedikation) ein?

nein

ja

Falls ja, listen Sie hier alle Medikamente inkl. Dosierung auf:

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? (Dazu zählen auch Galaktagoga und Stillvitamine):

nein

ja

Listen Sie hier Ihre Nahrungsergänzungsmittel inkl. Dosierung und Einnahmeschema auf:

Hatten Sie bisher Operationen (exkl. etwaiger Brust-OPs)?

nein

ja

Wurden Sie schon einmal an der Brust operiert?

nein

ja

Listen Sie hier bisherige OPs inkl. Jahr der OP auf (im Falle von Brust-OPs bringen Sie bitte den OP-Bericht zur Beratung mit)

Schwangerschaften & Geburten

Anzahl

Schwangerschaften

Geburten

(Früh)Aborte:

Stille Geburten:

Besonderheiten in der letzten Schwangerschaft:

Kinderwunschbehandlung

IVF

Gestationsdiabetes

HELLP Syndrom

Bluthochdruck/Präeklampsie

Hyperemesis

Frühgeburtsbestrebungen

Blutungen

Sonstiges zur letzten Schwangerschaft inkl. Einnahme von Medikamenten und/oder Nahrungsergänzungsmitteln:

Anamnese Kind

Bestehen/bestanden bei Ihrem Kind chronische oder akute Erkrankungen?

nein

ja

Falls ja, listen Sie hier alle Erkrankungen inkl. Medikamente und Therapien auf:

Vitamin K und D

Vitamin K - 1. Gabe erfolgt

Vitamin K - 1. + 2. Gabe erfolgt

kein Vitamin K

Vitamin D Tropfen laufend

kein Vitamin D

Gewichte & Längen (geben Sie hier alle Gewichte an, die Sie haben):

Datum

Gewicht in Gramm

Länge in cm

Kopfumfang in cm

Geburt

.

.

.

.

- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .

Ausscheidungen - Urin: Wie viel schwere* nasse Windeln in 24h?

*)als schwer gilt das Äquivalent von ca. 6 EL Wasser

Ausscheidungen - Stuhl: Wie viele Stuhlwindeln in 24h?

Stuhl-Farbe und -konsistenz

Ernährung bisher:

	bereits beendet	aktuell	noch nie
Stillen			
Muttermilch zugefüttert			
Pre-Nahrung zugefüttert			
Beikost - Brei			
Beikost - Baby-led Weaning			
Beikost - Brei + Fingerfood			
Familienkost			

Falls Pre-Nahrung, geben Sie hier die Nahrung an, die Sie verwenden/verwendet haben:

Falls zugefüttert wurde: Zufütterung erfolgt/ist erfolgt mit:

- Spritze + Sonde
- Brusternährungsset
- Feederaufsatz
- Becher
- Löffel
- Flasche
- Soft-Cup
- Special-Needs-Sauger
- Drip-Drop-Feeding

Falls eine Flasche im Einsatz ist/war, geben Sie hier bitte Marke und Größe des Saugerlochs an:

Ernährung - Mengen & Häufigkeit aktuell

Häufigkeit in
24h

Menge in 24 im ml (beim Stillen und Beikost frei
lassen)

Stillen an der Brust

gepumpte Muttermilch
gefüttert

Pre-Nahrung gefüttert

Beikost (falls zutreffend)

Pumpeinheiten

Seitenbevorzugung (dreht sich/schaut vermehrt in eine Richtung)

- nein
- ja, nach links
- ja, nach rechts

Sind bisher körpertherapeutische Behandlungen erfolgt bei:

ja nein

Kinderosteopat:in

Physiotherapeut:in

Cranio-Sacral-Therapeut:in

Besonderheiten im Verhalten

besonders schläfrig

sehr unruhig/unzufrieden/viel Weinen/Schreien

sonstiges:

Sind orale Restriktionen oder andere orale Besonderheiten in der Familie bekannt oder im Verdacht?

	nicht bekannt	Verdacht (bitte Details unten angeben)	diagnostiziert (bitte Details unten angeben)
Baby			
Mutter			
Vater			
Geschwisterkind			
andere Familienmitglieder			

Geburt und Stillen

Geburt in Schwangerschaftswoche (genaue Angabe, z.B. 39+3)

Geburtsort

Klinik (geplant)
Geburtshaus
Hausgeburt (geplant)
Hausgeburt (ungeplant)
Klinik (Hausgeburt abgebrochen)
Klinik (Geburtshaus abgebrochen)
anderes

Geburt

Spontane Geburt
primäre (geplante) Sectio
sekundäre (ungeplante) Sectio
Einleitung
PDA
Infusionen mit Schmerzmittel
Wehenmittel
Geburtsverletzungen

Infusionen kurz vor bzw. während der Geburt (ml-Angabe, falls bekannt, sonst Schätzung)**Blutverlust**

normal
vermehrt
vermehrt, Blutkonserven notwendig

Sonstiges zur Geburt, Geburtserleben:**Ambulante Geburt (d. h. am gleichen Tag nach Hause gegangen)?**

ja
nein

Mutter und Kind gemeinsam entlassen?

ja

nein

Falls Klinikaufenthalt nach Geburt, entlassen am:

Monat Tag Jahr

Beschreibung Bonding im Kreissaal/OP, erstes Stillen (wann genau), die ersten Tage:

Bisherige Probleme während der Stillzeit: (Mamille=Brustwarze)

in der Vergangenheit

aktuell

wiederkehrend

schmerzende Mamillen

wunde Mamillen

Milchbläschen an der Mamille

Saugblasen an der Mamille

schmerzende Brust

Milchstau

Mastitis (Brustentzündung)

Abszess

Vasospasmus der Mamille(n)

problematischer Milcheinschuss

zu viel Milch

zu wenig Milch

Schmerzen beim Milchspendereflex

überaktiver Milchspendereflex

verzögerter Milchspendereflex

Beschreiben Sie oben Probleme genauer & was bereits versucht wurde. Falls etwas fehlt,

ergänzen Sie bitte:

Einsatz von Fremdsaugern & Stillhütchen

ja nein ja, aber aktuell nicht mehr

Schnuller

Flasche

Stillhütchen

Beim beikostreifen Kind: In welchem Behältnis wird Wasser angeboten?

Stillberatungsvertrag

zwischen Mag. (FH Doris Kubicka, IBCLC

und:

Vorname (in Blockbuchstaben) Nachname (in Blockbuchstaben)

Meine Beratung als Still- und Laktationsberaterin IBCLC ersetzt keinen Besuch bei einem/einer Ärzt:in und keine Hebammenbegleitung.

Damit ich die Stillberatung durchführen kann, benötige ich Ihr Einverständnis,

- dass ich eine Stillanamnese und eine Stillberatung durchführen darf,
- dass die Informationen aus dieser Konsultation bei Bedarf zur Verständigung an den/die behandelnden Ärzt:innen bzw. der Hebamme, etwaige co-betreuende Stillberater:innen-Kolleg:in postalisch oder auf elektronischem Weg übermittelt werden dürfen (darüber informiere ich Sie immer vorab),
- dass die erhobenen Daten von mir elektronisch gespeichert und 10 Jahre aufbewahrt werden dürfen sowie anonymisiert (d. h. ohne Namensnennung) zu Lehrzwecken oder für statistischen Datenerhebungen benutzt werden können.

Mein Honorar:

- Praxistermin Unterwaltersdorf: € 70,- + 20% UST = 84,- für bis zu einer Stunde*
- Hausbesuch: 80,- + 20 % UST = € 96,- für bis zu einer Stunde*
- Beratung via Telefon oder Zoom Ersttermin: € 70,- + 20% UST = 84,- für bis zu einer Stunde**
- Beratung via Telefon oder Zoom Nachbetreuung: € 1,17 + 20% UST = € 1,40 pro Minute

*) übersteigt die Beratung 60 Minuten, werden € 21,- inkl. 20% MWST pro angefangener Viertelstunde verrechnet. Für Hausbesuche ab 5 km (eine Strecke) werden zusätzlich € 0,60 inkl. 20% MWST pro KM (Hin- und Rückweg, ab Praxisadresse Unterwaltersdorf) verrechnet.

***) Tel./Zoom Ersttermin: übersteigt die Beratung 60 Minuten, wird für die Zeit nach der ersten Stunde € 1,40 pro Min. verrechnet.

Die Klientin erklärt den Wunsch, eine Stillberatung zu erhalten.

Die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich gewährt üblicherweise derzeit keinen Kostenersatz für

meine Leistungen. Die Kostenerstattungen privater Zusatzversicherungen sind von der jeweiligen Versicherungsanstalt und dem gewählten Tarif abhängig. Die Klientin versteht sich im Stillberaterin-Klientin-Verhältnis als Selbstzahlerin im Sinne der Privatberechnung. Die Begleichung der Rechnung durch die Klientin ist unabhängig von einer eventuellen bzw. teilweisen Erstattung rückversichernder Krankenversicherungen.

*

Ja, ich habe obigen Text gelesen und stimme vollinhaltlich zu.

*

Monat Tag Jahr

UNTERSCHRIFT

Falls das Formular online übermittelt wird, tragen Sie hier Ihren Namen ein und unterschreiben dann beim Ersttermin vor Ort.