

# Anamnesebogen



Liebe Mama,  
Dieser Anamnesebogen dient dazu, mir vor der Stillberatung einen guten Überblick über eure aktuelle Situation zu verschaffen. Jede Familie und jede Stillbeziehung ist anders, deshalb gibt es hier kein Richtig oder Falsch. Bitte beantworte die Fragen so ehrlich und ausführlich, wie es sich für dich stimmig anfühlt. Deine Angaben helfen mir, mich gezielt auf euch vorzubereiten und die Beratung individuell, respektvoll und alltagstauglich zu gestalten. Die **pinken** Felder füllen wir bei der Beratung gemeinsam aus.

Name:	Geburtsdatum: _____
Anschrift:	_____
	_____
Handy:	_____
	_____
E-Mail:	_____
	_____

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Uhrzeit von: \_\_\_\_\_

Uhrzeit bis: \_\_\_\_\_

## Fragen zu ihrem Baby:

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
ET:		Geburt in SSW:	
Geschlecht:		Alter des Kindes:	
Geburtsgewicht/ U1:		Aktuelles Gewicht:	
Niedrigstes Gewicht:		Geschwister:	
Geburtserleben:	_____ _____		

Bisherige Still Erfahrung (vorherige Stillkinder? Probleme?):	----- ----- -----
---	-------------------------

**Werden/Wurden Sie von einer Hebamme betreut?**

- Ja, durch Frau -----
- Ja, nicht mehr seit -----
- Nein, ich hatte keine Hebamme

**Die Geburt verlief:**

- Spontan
- Per Kaiserschnitt
- Sonstige Besonderheiten:

-----

**Gab es Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt?**

- Nein
- Ja, folgende

-----

**Hat Ihr Baby innerhalb der ersten Lebensstunde an der Brust gestillt?**

- Ja
- Nein, gibt es Gründe dafür?

-----

**Wie oft stillen Sie (in 24 Stunden)?** ----- x / 24 Stunden

**Wie lange stillen Sie ungefähr?** ----- Minuten pro Mahlzeit

**Trinkt Ihr Baby meistens an beiden Seiten pro Mahlzeit?**

- Ja
- Nein

Bemerkungen zum Trinken:

-----

**Verwenden Sie aktuell Stillhilfsmittel oder Pflegeprodukte?**

- Stillhütchen
- Muttermilchpumpe, falls ja :  Handpumpe  Elektrisch  Doppelpumpset
- Milchauffangschalen
- Brusternährungsset/Sonde an der Brust zum Zufüttern
- Silberhütchen
- Zinnhütchen
- Brustwarzensalbe, falls ja, welche? -----
- Multi-Mam-Kompressen
- Hydrogelpads, falls ja, welche? -----
- Muttermilch antrocknen zu Pflege
- Sonstige Stillhilfsmittel

-----  
Falls ja, seit wann ca.? -----

**Haben Sie zu Beginn Stillhütchen verwendet? Falls ja, wie lange?**

-----

**Wie würden Sie Ihr Stillproblem beschreiben?**

-----  
-----  
-----  
-----

**Haben Sie Schmerzen beim Stillen?**

- Nein
- Ja, und zwar:
  - Auf beiden Seiten.  linke Brust  rechte Brust

**Wenn ja, seit wann haben Sie diese Schmerzen? Auslöser?**

-----  
-----

**Wenn ja, wie fühlen sich die Schmerzen/Beschwerden an? (Mehrfachnennung möglich!)**

- stechend, brennend
- reibend
- juckend
- Wie Muskelkater

- in der gesamten Brust spürbar, auch tiefgreifend
- einschließend und punktuell
- In den Rücken ziehend
- Nur vorne an der Brustwarze
- Nur beim Stillen selbst
- Dauerhaft
- Nur beim ansaugen, danach bessert es sich
- Beginnend beim ansaugen, wird im Verlauf nicht besser
- Erst während des Stillens, sich steigend
- Während und auch nach dem stillen
- Nur nach dem Stillen
- Nur bei Berührung (Duschen, Kleidung, Handtuch, .....)
- Auch bei Berührung
- Nachts habe ich deutlich weniger Schmerzen
- Nachts habe ich deutlich mehr Schmerzen
- Sonstiges:

-----

**Wie sieht die Brustwarze direkt nach dem Stillen aus, wenn Ihr Baby loslässt?**

- Rosig
- Rund
- Weiß, blutleer
- Bläulich
- Abgeflacht und/oder verformt
- Sonstiges: -----

Auf der **Schmerzskala** von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (unerträglicher Schmerz) empfinde ich die Schmerzen im Bereich von: -----

**Haben Sie sichtbare Verletzungen an der Brustwarze?**

- Nein
- Ja, folgende (Brustseite, Beschreibung & seit wann?):

-----

**Haben Sie schon Behandlungen/Maßnahmen durchgeführt, damit es besser wird?**

- Nein
- Ja, folgende:

-----

**In welcher Position stillen Sie am meisten?**

-----

**Verwenden Sie einen Beruhigungssauger bei Ihrem Baby?**

- Nein
- Ja, folgende -----

**Wenn ja, seit wann?** -----

**Wie oft ca.?**  1-3 x täglich  >3 x täglich  eher ganztägig immer wieder

**Muss Ihr Baby mit Milch zugefüttert werden?**

- Nein
- Ja, folgende Nahrung wird zugefüttert:
  - Muttermilch abgepumpt
  - Pre-Nahrung
  - Spezialnahrung

**Wenn ja, seit wann füttern Sie zu?** -----

**Wenn ja, wie füttern Sie zu?**  Flasche  Sonden/Brusternährungsset  Sonstiges

**Wie viel ml füttern Sie ihrem Baby zu?**

----- ml pro Mahlzeit oder ----- ml pro Tag

**Zeigt Ihr Kind folgendes?**

- helle Urinausscheidungen ca. 6-8 Windeln / Tag
- gelb-dünne Stühle mehrfach täglich
- grüne Stühle
- Erbrechen
- nach dem Stillen ist es zufrieden
- nach dem Stillen ist es suchend und unzufrieden
- Blähungen und starkes Schreien tagsüber
- ist wund und/oder hat ein Windeleczem
- will abends dauernd trinken
- macht beim Stillen an der Brust „Klick-Geräusche“
- macht beim Stillen andere Geräusche
- verschluckt sich beim Trinken und hustet
- ist unruhig an der Brust und wendet sich ab
- verweigert die Brust und schreit sie an
- schläft und atmet mit offenem Mund
- hat immer Mühe, die Brust(-warze) zu finden und zu erfassen
- schläft rasch an der Brust ein
- erfasst die Brust(-warze) korrekt und saugt nicht
- kann nur in einer bestimmten Stillposition trinken
- macht beim Stillen hörbare Schluckgeräusche
- Verhältnis Saugen-zu-Schlucken ist 1:1
- Verhältnis Saugen-zu-Schlucken ist 3:1 oder mehr
- Andere Beobachtungen an meinem Kind:

-----  
-----

**Gibt es Grunderkrankungen bei Ihnen?**

- Nein
- Ja, folgende -----

**Gibt es Grunderkrankungen bei ihrem Baby?**

- Nein
- Ja, folgende -----

**Hatten Sie in Ihrer Vorgeschichte eine Brusterkrankung oder eine Brust-OP?**

- Nein
- Ja, folgende:
  - Milchstau/Brustentzündung
  - Brustabszess
  - Pilzinfektion der Brust
  - Chronische Schmerzen in der Stillzeit ohne erkennbaren Grund
  - Weißwerden der Brustwarze nach dem Stillen mit Schmerzen
  - Brustkrebs
  - Fibrom/Fibrozystische Brust
  - Andere Brusterkrankungen:-----

**Leiden Sie unter psychischen Problemen?**

- Nein
- Ja, folgende: -----

**Nehmen Sie Medikamente/Vitamine ein?**

- Nein
- Ja, folgende: -----

**Wie ernähren Sie sich?**

- Omnivor: Ich esse alles inkl. Fleisch/Fisch/Milch/Eier)
- Vegetarisch: Ich esse alles außer Fleisch und Fisch
- Vegan: Ich esse keinerlei Produkte tierischer Herkunft
- Sonstiges (bitte benennen): -----

Ich wünsche mir, dass....

---

---

---

---

---

---

---

---

- Ich verstehe, dass die Konsultation einer Still- und Laktationsberaterin einem Arztbesuch nicht gleichkommt, oder ihn ersetzt. Bei Bedarf kann an entsprechende Fachpersonen verwiesen werden.
- Mit für die Beratung notwendigen Untersuchungen bei mir und meinem Kind bin ich einverstanden.
- Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Informationen vollständig gelesen und verstanden habe.
- 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.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

