

Infos & Stammdaten Mutter

Name (Mutter) *

Titel, Vorname

Nachname

Geburtsdatum (Mutter) *

Tag

Monat

Jahr

Sozialversicherungsnummer (Mutter) *

Adresse *

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail (Mutter) *

beispiel@beispiel.de

Berufliche Tätigkeit vor der Karenz: *

Stammdaten Vater bzw. Partner:in

Geburtsdatum (Vater/Partner:in) *

--	--	--

Monat Jahr

Stammdaten Kind

Name (Kind) *

--	--

Vorname Nachname

Geburtsdatum (Kind) *

--	--	--

Tag Monat Jahr

Geschlecht (Kind) *

- Männlich
 Weiblich
 Divers

Geschwisterkinder:

	Name	Geburtsdatum	Alter beim Abstillen	nicht gestillt
Kind 1:				<input type="checkbox"/>
Kind 2:				<input type="checkbox"/>
Kind 3:				<input type="checkbox"/>
Kind 4:				<input type="checkbox"/>

Telefon (Vater/Partner:in) *

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) - schreiben Sie "keine", wenn sie keine Nachbetreuung in Anspruch genommen haben. *

Zuweisung/Empfehlung an mich erfolgte durch:

Grund der Konsultation

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

Anamnese Mutter

Ernährung (Mutter) *

- 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nicht-stillender Elternteil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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: *

- keine
- 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muttermilch zugefüttert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pre-Nahrung zugefüttert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beikost - Brei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beikost - Baby-led Weaning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beikost - Brei + Fingerfood | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familienkost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 (bei den Zeilen "Stillen" und "Beikost" frei lassen)
Stillen an der Brust	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gepumpte Muttermilch gefüttert	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pre-Nahrung gefüttert	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beikost (falls zutreffend)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pumpeinheiten	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiotherapeut:in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cranio-Sacral-Therapeut:in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Besonderheiten im Verhalten *

- keine Besonderheiten
- besonders schläfrig
- sehr unruhig/unzufrieden/viel Weinen/Schreien
- sonstiges:

sonstiges zum Verhalten:

Sind orale Restriktionen (z.B. zu kurzes Zungenband) oder andere orale Besonderheiten (z. B. Lippe-Kiefer-Gaumenspalten) in der Familie bekannt oder im Verdacht?

	nicht bekannt	Verdacht (bitte Details unten angeben)	diagnostiziert (bitte Details unten angeben)
Baby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwisterkind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Textfeld für Informationen zu oralen Restriktionen:

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wunde Mamillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchbläschen an der Mamille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saugblasen an der Mamille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

schmerzende Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchstau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastitis (Brustentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abszess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasospasmus der Mamille(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problematischer Milcheinschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu viel Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu wenig Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Milchspendereflex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überaktiver Milchspendereflex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verzögerter Milchspendereflex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flasche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillhütchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beim beikostreifen Kind: In welchem Verhältnis 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 übermitteln werden dürfen (darüber informiere ich Sie immer vorab),
- dass die erhobenen Daten von mir elektronisch gespeichert und 10 Jahre aufbewahrt werden dürfen (analog zur gesetzlichen Aufbewahrungsfrist) sowie anonymisiert (d. h. ohne Namensnennung) zu Lehrzwecken oder für statistischen Datenerhebungen benutzt werden können.

Mein Honorar:

Praxistermin in Unterwaltersdorf

Ersttermin € 90,--/Std.

- bis zu 1 Std., darüber hinaus € 22,-- pro angefangener Viertelstd.
- Mindestverrechnung Ersttermin 1 Stunde
- für einen Ersttermin sind durchschnittlich - je nach Anliegen - mind. 1-1,5 Std. zu erwarten, manchmal länger

Folgetermin € 22,--/15 min.

- viertelstündliche Abrechnung € 22,-- pro angefangener Viertelstd.

Hausbesuch (Erst- und Folgetermine)

€ 93,--/Std. im Gemeindeverbund Ebreichsdorf

- in Ebreichsdorf, Weigelsdorf, Unterwaltersdorf und Schranawand
- bis zu 1 Std., darüber hinaus € 22,-- pro angefangener Viertelstd.
- Mindestverrechnung Hausbesuch 1 Std. für Erst- und auch Folgetermine
- An- & Rückfahrt im Gemeindeverbund: keine Verrechnung

€ 100,--/Std. in anderen Gemeinden

- Bezirk Baden, tw. Mödling und Bruck/L.; andere Bezirke auf Anfrage
- bis zu 1 Std., darüber hinaus € 22,-- pro angefangener Viertelstd.
- Mindestverrechnung Hausbesuch 1 Std. für Erst- und auch Folgetermine
- An- & Rückfahrt € 0,60 pro km

Beratung per Zoom oder Telefon

Ersttermin € 90,--/Std.

- bis zu 1 Std., darüber hinaus € 22,-- pro angefangener Viertelstd.
- Mindestverrechnung Ersttermin 1 Stunde
- für einen Ersttermin sind durchschnittlich - je nach Anliegen - mind. 1,5 Std. zu erwarten

Folgetermine € 20,--/15 min.

viertelstündliche Abrechnung € 20,-- pro angefangener Viertelstd.

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.

Überschrift

Formular absenden

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, Signal: 0650/803 85 42
(bitte keine Sprachnachrichten)

Danke für Ihre Zeit & bis bald,
Doris Kubicka

Telefonnummer (Mutter) *

Name (Vater/Partner:in) *

Titel, Vorname

Nachname

Berufliche Tätigkeit (Vater/Partner:in) *