

Hebammenbetreuung:

- Vorsorge Nachsorge Vorbereitungskurs

Durch _____

Patientenaufkleber

Kinderarzt:

- Stillerfahrung:** Keine
 Pos – Verlauf:
 Neg – Verlauf:

Persönliche Stillwartung in Prozent:

Babyfreundliche Geburtsklinik:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> B.E.St.- Kriterien | <input type="checkbox"/> Stillinfoabend / Stilltreff / Stillberatung |
| <input type="checkbox"/> Bedeutung des Stillens, ausschl. Stillen | <input type="checkbox"/> Hinweis auf WHO-Empfehlung |
| <input type="checkbox"/> Wertigkeit Kolostrum | <input type="checkbox"/> Bonding / Re-Bonding |
| <input type="checkbox"/> Stillhäufigkeit (mind. 8 -12 x / 24h) | <input type="checkbox"/> warum kein Zufüttern, Füttermethoden |
| <input type="checkbox"/> Clusterfeeding | <input type="checkbox"/> warum keinen Schnuller / Sauger geben |
| <input type="checkbox"/> Stillen nach Bedarf von Mutter/Kind | <input type="checkbox"/> 24-h Rooming in |

Informationen für Frauen, die auf das Stillen verzichten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bedeutung des Kolostrums | <input type="checkbox"/> Bonding / Re-Bonding / 24-h Rooming in |
| <input type="checkbox"/> Information über Formula | <input type="checkbox"/> Hinweis auf Mutter-Kind-Gruppen |
| <input type="checkbox"/> Füttern nach Bedarf | |

- Kolostrumgabe von Mutter gewünscht ja nein

Aufklärung und Infoblatt gegeben über:

- PDA Sectio Wassergeburt Epi
 Set für Kolostrum bei Gestationsdiab./SGA oder Makrosomie

Wünsche für die Geburt / Sonstiges: