

**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: