

Fragebogen zum Zungenband bei Babys



(Bitte ausgefüllt zum Beratungsgespräch mitbringen)

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name des Versicherten: _____ Datum des letzten Arztbesuches: _____

Stillberater: _____

Allergien gegen Medikamente: _____

Medikamente die Sie einnehmen (auch rezeptfrei/pflanzlich): _____

Medikamente die Ihr Kind einnimmt (auch rezeptfrei/pflanzlich): _____

Erkrankungen / Operationen

Geburtsgewicht Ihres Kindes: _____ Aktuelles Gewicht: _____

Hat Ihr Kind Vitamin-K Injektionen erhalten?

Ja Nein

War Ihr Kind ein Frühchen? Ja Nein in welcher SS-Woche: _____

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein welche genau: _____

Wurde Ihr Kind bereits operiert? Ja Nein was genau: _____

Gab es eine OP an Zunge/Lippe? Ja Nein von wem? _____

Liegt eine Gerinnungsstörung vor? Ja Nein Gibt es eine Pflasterallergie? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter Epilepsie, Krämpfen oder Ohnmachtsanfällen? Ja Nein

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? Welche genau: _____

Symptome Ihres Kindes

Koliken

Gewichtsverlust

Erbrechen

Atemprobleme / Röcheln

Alle 2-3 Stunden muss gestillt werden
durch sehr kurze Schlafphasen

Verstopfte Nase

Schnarchen

Spucken

Schluckbeschwerden

Mundatmung

Symptome der Mutter

Starke Schmerzen beim Anlegen

Brustentzündung (Mastitis)

Entzündete Brustwarzen

Infektion der Milchkanäle (Soorinfektion)

Blutende Brustwarzen

Es wird nicht gestillt

Stillhütchen

Familienanamnese Mutter Vater Zungenbändchen Lippenbändchen

Datum

Unterschrift der Eltern