

Aufnahmebogen 1/2

Zungenbandbehandlung Babys



Vorname & Name des Babys: _____

VORGEHEN

- A) Bitte diese zwei Seiten ausfüllen und
- B) uns per Mail an richmosmile@richmodent.de senden.
- C) Wir werden uns daraufhin (bei den Eltern) für eine Terminvereinbarung melden.

Wir benötigen von den Überweisern keine Einschätzung der oralen Restriktionen!

○ Eltern ohne Überweiser möchten: ☐ Termin für Eingriff ☐ Nur Beratungstermin
○ Überweiser Name: _____ Telefon _____
☐ Stillberaterin ☐ Logopädin ☐ Kinderarzt ☐ Sonstige _____

männlich ☐ weiblich ☐ Geb.-Datum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____ E-mail-Adresse: _____
Versichert über (Name, Vorname, Geb.-Datum): _____
☐ Privat ☐ Beihilfe ☐ Gesetzlich Name der Versicherung: _____

- 1. Alle Stillprobleme, die nichts mit dem Zungenband zu tun haben, wurden bereits therapiert. ☐ JA ☐ NEIN
- 2. Folgetermin bereits bei Stillberaterin vorhanden? ☐ JA ☐ NEIN
- 3. Osteopathie erfolgt? ☐ JA ☐ NEIN
- 4. BESONDERHEITEN DES KINDES? _____

EXTREM DRINGEND? ☐ JA ☐ NEIN
WENN JA, WARUM? _____

WURDE DAS ZUGENBAND BEREITS GETRENNT? ☐ JA ☐ NEIN
WENN JA, VON WEM? _____

Stillfragen Zungenbandbehandlung Babys

2/2

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Allergien gegen Medikamente: _____

Erkrankungen / Operationen

Geburtsgewicht Ihres Kindes: _____ Aktuelles Gewicht: _____

Hat das Kind Vitamin-K Gabe erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Hat das Kind eine Herzerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein welche genau: _____

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

Leidet das Kind unter Epilepsie, Krämpfen oder Ohnmachtsanfällen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche sonstigen Erkrankungen hat Ihr Kind? _____

Symptome des Kindes

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Koliken | ☐ Gewichtsverlust | ☐ sonstige wichtige Punkte: |
| ☐ Erbrechen | ☐ Atemprobleme / Röcheln | _____ |
| ☐ Alle 2-3 Stunden muss gestillt werden
durch sehr kurze Schlafphasen | ☐ Verstopfte Nase | _____ |
| ☐ Schnarchen | ☐ Spucken | _____ |
| ☐ Schnalzen | ☐ Schluckbeschwerden | _____ |
| ☐ An- und Abdocken | ☐ Mundatmung | _____ |
| | ☐ Atemaussetzer | _____ |

Symptome der Mutter

- | | |
|---|--|
| ☐ Starke Schmerzen beim Anlegen | ☐ Brustentzündung (Mastitis) |
| ☐ Entzündete Brustwarzen | ☐ Vasospasmus |
| ☐ Blutende Brustwarzen | ☐ Brust muss von Mutter gehalten werden |
| ☐ Häufig Milchstau | ☐ Infektion der Milchkanäle |
| ☐ Stillhütchen | ☐ Es wird nicht gestillt ☐ Es wird zugefüttert |

☐ Bestätigung durch Überweiser:in

Hiermit übernehme ich die prä- und postoperative AWM-Begleitung des hier angegebenen Kindes um einen optimalen Wundverlauf zu begünstigen.

Unterschrift Überweiser: _____

☐ Wir als Eltern

haben niemanden der uns bezüglich des Zungenbandeingriffs begleitet und möchten deshalb die Vor- und Nachbereitung über die Praxis zusätzlich buchen (keine Stillberatung!). Dies beinhaltet präoperativ myofunktionelle intra- und extraorale Übungen, Körperübungen, Aufklärung und Kontrolle am Kind des aktiven Wundmanagements, sowie postoperativ tagsüber jedes Dehnen, die ersten 4 Tage, dazu anschließend ein mal wöchentlich bis zu 4 Wochen (per Video).

Unterschrift der Eltern : _____