

Still-Coaching und Formula-Beratung

Elisabeth Sommersgutter // Barer Apotheke



BERATUNGSVEREINBARUNG

Vielen Dank für Dein Vertrauen.

Mit der Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens schließt Du einen Beratungsvertrag mit den folgenden Konditionen ab:

- Ersteinschätzung per Telefon (Ziel der Beratung, Wünsche): 25 €/ca. 20 Minuten
- Weiterführende Beratung: 60 €/Stunde (Kosten der Ersteinschätzung werden verrechnet)

Die Kosten können direkt vor Ort bezahlt werden oder per PayPal überwiesen werden.

Sämtlich besprochene Inhalte fallen unter die Schweigepflicht.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen

Kontaktdaten der Mutter	
Name des Kindes	
Errechneter Geburtstermin	
Geburtstag des Kindes	
Länge und Gewicht bei der Geburt	
Datum / Länge / Gewicht U2	
Datum / Länge / Gewicht U3	
Datum / Länge / Gewicht U4	
Aktuelles Gewicht	
Geburt: vaginal/Kaiserschnitt	
Interventionen während der Geburt (PDA, Medikamente, Hilfsmittel)	
Stillerfahrung vorhanden, z.B. durch Geschwisterkinder	
Kind wurde gestillt (wenn ja bis wann)	
Kind wird aktuell gestillt (ja/nein)	

Wie oft legen Sie Ihr Kind innerhalb von 24 Stunden an?	
Kind wird zugefüttert (wenn ja, Pre- / Muttermilch)? Welche Menge?	
Welche Flaschennahrung verwenden Sie zurzeit?	
Wie füttern Sie zu (Flasche, Trinkbecher, Finger feeder etc.)?	
Seit wann verwenden Sie die derzeitige Nahrung/Milch?	
Wurde schon eine andere Nahrung verwendet? Wenn ja welche und über welchen Zeitraum?	
Verwenden Sie Leitungswasser zur Zubereitung? Wenn ja, ist Ihr Wasser kalkhaltig? Wenn nein, welches Wasser verwenden Sie?	
Bekommt Ihr Kind zusätzlich Tee oder verwenden Sie Tee zur Zubereitung der Nahrung?	
Bekommt Ihr Kind Medikamente und/oder Heilmittel wie Bigaia, Lefax, Kümmel, Globuli etc. Wenn ja, gegen welche Beschwerden?	
Wieviel Stuhlgang hat Ihr Kind? Wie viele nasse Windeln?	
Wie viele Flaschen bekommt Ihr Kind in 24 Stunden?	
Bei Flaschenfütterung: Wieviel ml nimmt Ihr Kind pro Mahlzeit in etwa zu sich?	
Wie lange dauert die Mahlzeit/das Stillen in etwa?	

Welchen Sauger verwenden Sie (Marke und Lochung)?	
Sind die Brustwarzen nach dem Stillen wund oder deformiert? Seit wann?	
Saugverhalten: saugt ruhig, unruhig, sehr unruhig, weint vor dem Saugen, weint beim Saugen, weint nach dem Saugen, überstreckt sich...	
Hat Ihr Kind Bauchweh/ Blähungen? Wenn ja wie äußert sich das? Was machen Sie dagegen?	
Gab oder gibt es Auffälligkeiten bei der Stuhlentleerung wie z.B. sehr fester Stuhl, sehr dünner Stuhl, starkes anhaltendes Pressen etc.?	
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind häufig schreit/weint? Schreit es eher Vormittags oder Abends? Wenn ja versuchen Sie die Häufigkeit zu definieren.	
Hat oder hatte Ihr Kind eine Lieblingsseite, zu der es meist schaut? Wenn ja welche?	
Gab oder gibt es Auffälligkeiten wie Überstrecken oder sich steif machen?	
Gab oder gibt es Auffälligkeiten beim Saugen an Brust/ Flasche wie z.B. langsame Nahrungsaufnahme mehr als 25 Min. für 100 ml, schnelle Nahrungsaufnahme weniger als 10 Minuten für 100 ml, wegdrehen des Kopfes, Ausspucken des Saugers etc.	
Spuckt Ihr Kind öfter Nahrung aus? Wenn ja, wie oft am Tag?	
Schlafen Schläft Ihr Kind häufig beim mit der Flasche ein? Wenn ja wie oft in etwa?	

Schreien Beruhigt Ihr Kind sich häufig nur durch Saugen an Brust/ Flasche? Wenn ja wie oft in etwa?	
Was soll das Ziel der Beratung sein?	
Was wünschen Sie sich von mir?	
Möchten Sie sonst etwas mitteilen?	