

Patientenbogen

Damit wir uns während des Termins voll auf Mutter und Kind konzentrieren können, füllen Sie bitte diesen Bogen gewissenhaft und nach Möglichkeit vollständig aus.

Name/Vorname Mutter: _____, geb. am: _____

Name/Vorname Kind: _____, geb. am: _____

Telefonnummer: _____

E-Mailadresse: _____

Mutter

Körperliche Erkrankungen der Mutter (z.B. Allergien, Organerkrankungen, Thrombose etc.):

Psychische Erkrankungen der Mutter: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: _____

Geburt

Das wievielte Kind haben Sie geboren? _____ Wo? _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Baby geboren? _____

Wie ist das Baby geboren worden
(normal, Kaiserschnitt, Saugglocke, Geburtszange)? _____

Geburtsverletzung (Dammriss, Scheidenriss) _____

Besonderheiten bei Geburt:

Kind

Geburtsgewicht des Kindes: _____

Größe und Kopfumfang des Kindes bei Geburt: _____

Entlassungsdatum aus der Klinik: _____

Ernährung: voll gestillt teilgestillt Flaschennahrung Beikost seit _____
(bitte markieren)

Wichtiges Anliegen:
