

ANAMNESE

Zungenbändchen bei Babys (Frenulum linguae)

Erkrankungen / Operationen

Geburtsgewicht Ihres Kindes aktuelles Gewicht

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | Ja | Nein | |
| Hat Ihr Kind Vitamin-K-Injektionen erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| War Ihr Kind ein Frühchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | In welcher SS-Woche? |
| Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welche? |
| Wurde Ihr Kind bereits operiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Was genau? |
| Gab es eine OP an Zunge/Lippe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Von wem? |
| Liegt eine Gerinnungsstörung vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gibt es eine Pflasterallergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Leidet Ihr Kind unter Epilepsie, Krämpfen oder Ohnmachtsanfällen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ja Nein |
| Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche: | | | |

.....

Symptome Ihres Kindes

- schläft während des Stillens ein
- saugt nicht stark genug
- kaut beim Stillen auf Brustwarzen herum
- Koliken
- Erbrechen
- Schnuller fällt immer wieder aus dem Mund
- Alle 1-2 Stunden muss gestillt werden durch sehr kurze Schlafphasen

Ihre Symptome

- starke Schmerzen beim Anlegen
- entzündete Brustwarzen
- blutende Brustwarzen
- Brustentzündung (Mastitis)
- wenig Milchfluss
- verstopfte Milchkanäle
- Infektion der Milchkanäle (Soorinfektion)
- Wird ein Stillhütchen verwendet?
- Es wird nicht gestillt

Familienanamnese

Zungenbändchen Lippenbändchen

Treffen folgende Punkte auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Atemprobleme | <input type="checkbox"/> im Gesicht blau anlaufen |
| <input type="checkbox"/> verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> Erbrechen / Spucken | <input type="checkbox"/> Blutungsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Mundatmung | <input type="checkbox"/> Schnarchen |

Persönliche Daten

Name, Vorname

Straße Haus-Nr.

PLZ Ort

Telefon-Nr. E-Mail-Adresse

Krankenkasse

Ich stimme der Verarbeitung und Speicherung meiner Daten zum Zweck der Terminvereinbarung zu.

Ja Nein

..... Datum, Unterschrift