



## ***Baby saugt nicht – Was nun?!?***

Inhaberin: Ulrike Giebel

Still- und Ernährungsexpertin für Sog-schwache und Sog-unfähige Säuglinge

Hebamme

IBCLC- Still- und Laktationstherapeutin

Tel.: 0176-73885196

E-Mail: [kontakt@baby-saugt-nicht.com](mailto:kontakt@baby-saugt-nicht.com)

Website: [www.baby-saugt-nicht.com](http://www.baby-saugt-nicht.com)

### **Datenkarte**

Die Daten bitte gut leserlich eintragen und eingescannt per Mail an [kontakt@baby-saugt-nicht.com](mailto:kontakt@baby-saugt-nicht.com) zurücksenden! Danke!!!

#### **Daten der betreuten Frau:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des Partners/Ehemann: \_\_\_\_\_

#### **Angaben zur Krankenkasse (KK):**

Zutreffendes bitte ankreuzen!

gesetzliche KK       private KK       mit Beihilfe

Name der KK: \_\_\_\_\_

**Bitte ein Foto der Vorder- und Rückseite der KK-Karte zusenden.**

#### **Angaben zur Schwangerschaft:**

Wann ist oder war der errechnete Geburtstermin? \_\_\_\_\_

Die wievielte Schwangerschaft ist oder war es? \_\_\_\_\_

Die wievielte Geburt wird oder war es? \_\_\_\_\_

Art des Problems beim Kind: \_\_\_\_\_

z.B. LKGS rechts/links/dps., Syndrom, Herzfehler ...

Wurde die Fehlbildung/Krankheit bereits in der Schwangerschaft festgestellt?

Ja

Nein

Wenn „Ja“ Wann? \_\_\_\_\_

Durch welche Untersuchung?: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Geburt und zum Kind:**

*Natürlich nach der Geburt des Kindes.*

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Geburtszeit: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

*z.B. Name der Klinik oder Geburts-Hausgebur*

Geburtsmodus: \_\_\_\_\_

*z.B. Spontan-Geburt, geplanter Kaiserschnitt, Kaiserschnitt unter der Geburt, Saugglocke*

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtsgröße: \_\_\_\_\_

Entlassungsgewicht: \_\_\_\_\_ aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Entlassungstag der Mutter von der Wochenbettstation: \_\_\_\_\_

*Evtl. Behandlung des Kindes auf einer Kinderstation von-bis / Klinik / Station:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Wenn vorhanden bitte den Entlassungsbrief in Kopie mit zusenden. Vielen Dank!*

**Angaben zum Betreuungsumfeld:**

*Bitte für die Zusammenarbeit Name und Telefonnummer angeben. Vielen Dank!*

Betreuende Hebamme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frauenarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betreuende Spezial-Zentren:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Alle Angaben werden nach der DSGVO selbstverständlich vertraulich behandelt!  
Vielen Dank!*

