



Unabhängige Beratung rund um Formula ernährte und teils gestillte Säuglinge/Kleinkinder durch eine zertifizierte Fachkraft für Flaschen- und Formulaberatung.

**Bitte beantworten Sie folgenden Fragen**

|  |       |       |         |
|--|-------|-------|---------|
| Name des Kindes  |       |       |         |
| Errechneter Geburtstermin des Kindes   |       |       |         |
| Geburtstag des Kindes  |       |       |         |
| Länge und Gewicht bei der Geburt   | Datum | Länge | Gewicht |
| Länge / Gewicht U2<br>3-10 Tage  | Datum | Länge | Gewicht |
| Länge / Gewicht U3<br>4-5 Wochen   | Datum | Länge | Gewicht |
| Länge / Gewicht U4<br>12-16 Wochen   | Datum | Länge | Gewicht |
| Länge / Gewicht U5<br>6-7 Monate   | Datum | Länge | Gewicht |
| Länge / Gewicht U6<br>10-12 Monate   | Datum | Länge | Gewicht |
| Aktuelles Gewicht  |       |       |         |
| Datum letzte Impfung   |       |       |         |
| Gab oder gibt es ärztliche Vermerke im U-Heft (Vorsorgeheft) und/oder ärztliche Anordnungen? |       |       |         |
| Kind wurde gestillt (wenn ja bis wann)   |       |       |         |
| Kind wird teilweise gestillt (ja /nein)  |       |       |         |
| Welche Flaschennahrung verwenden Sie zurzeit?  |       |       |         |
| Seit wann verwenden Sie die derzeitige Nahrung?  |       |       |         |
| Wurde schon eine andere Nahrung verwendet? Wenn ja, welche und über welchen Zeitraum?        |       |       |         |

|   |  |
|---|--|
| <p>Verwenden Sie Leitungswasser zur Zubereitung?<br/>                 Wenn ja, ist Ihr Wasser kalkhaltig?<br/>                 Wenn nein, welches Wasser verwenden Sie?</p> |  |
| <p>Bekommt Ihr Kind zusätzlich Tee oder verwenden Sie Tee zur Zubereitung der Nahrung?</p>  |  |
| <p>Bekommt Ihr Kind Medikamente und/oder Heilmittel wie Bigaia, Lefax, Kümmel, Globuli etc.</p>   |  |
| <p>Wie viele Flaschen bekommt Ihr Kind in 24 Stunden?</p>   |  |
| <p>Wieviel ml nimmt Ihr Kind pro Mahlzeit in etwa zu sich?</p>  |  |
| <p>Wie lange dauert die Mahlzeit in etwa?</p>   |  |
| <p>Welchen Sauger verwenden Sie (Marke und Lochung)?</p>  |  |
| <p>Saugverhalten:<br/>                 saugt ruhig, unruhig, sehr unruhig, weint vor dem Saugen, weint beim Saugen, weint nach dem Saugen, überstreckt sich.....</p>        |  |
| <p>Hat Ihr Kind Bauchweh / Blähungen?<br/>                 Wenn ja, wie äußert sich das?</p>  |  |
| <p>Gab oder gibt es Auffälligkeiten bei der Stuhlentleerung wie z.B. sehr fester Stuhl, sehr dünner Stuhl, starkes anhaltendes Pressen etc.?</p>                            |  |

|   |  |
|---|--|
| Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind häufig schreit/weint?<br>Wenn ja, versuchen Sie die Häufigkeit zu definieren.   |  |
| Hat/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 100ml, weniger als 10 Minuten für 100ml, Wegdrehen des Kopfes, Ausspucken des Saugers etc.? |  |
| Spuckt Ihr Kind öfter Nahrung aus? Wenn ja, wie oft am Tag?   |  |
| Bekommt ihr Kind <b>Beikost</b> ?<br>Wenn ja, bitte Teil 02 zur Beikost ausfüllen.  |  |
| <b>Schlafen</b><br>Schläft Ihr Kind häufig an/mit der Flasche ein?<br>Wenn ja, wie oft in etwa?   |  |
| <b>Schreien</b><br>beruhigt Ihr Kind sich häufig nur durch Saugen an Brust/Flasche? Wenn ja, wie oft in etwa?   |  |
| <b><u>Möchten Sie sonst etwas mitteilen?</u></b>  |  |

## Teil 02 | Beikost

- Bitte notieren Sie für 2-3 Tage GENAU, **was** Ihr Kind zu sich nimmt.
- Bei Fertigprodukten mit Marke und genauer Bezeichnung.
- Bei selbst Zubereitetem **alle** Zutaten mit Marke und genauer Bezeichnung.
- Bei den Angaben zur Menge reicht eine ungefähre Angabe wie „ca. 100g“ oder „5-8 Teelöffel“.

| <b>Flaschen- / Ernährungs- Protokoll   Datum:</b> |              |                          |
|---|--------------|--------------------------|
| <b>Uhrzeit</b>                                    | <b>Menge</b> | <b>Notizen/Verhalten</b> |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |
|   |              |                          |