

# Fragebogen zum Zungenband bei Babys

(Bitte ausgefüllt zum Beratungsgespräch mitbringen)



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

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Datum des letzten Arztbesuches: \_\_\_\_\_

Stillberater: \_\_\_\_\_

Allergien gegen Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente die Sie einnehmen (auch rezeptfrei/pflanzlich): \_\_\_\_\_

Medikamente die Ihr Kind einnimmt (auch rezeptfrei/pflanzlich): \_\_\_\_\_

## Erkrankungen / Operationen

Geburtsgewicht Ihres Kindes: \_\_\_\_\_ Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Vitamin-K Injektionen erhalten?

Ja  Nein

War Ihr Kind ein Frühchen?  Ja  Nein in welcher SS-Woche: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?  Ja  Nein welche genau: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bereits operiert?  Ja  Nein was genau: \_\_\_\_\_

Gab es eine OP an Zunge/Lippe?  Ja  Nein von wem? \_\_\_\_\_

Liegt eine Gerinnungsstörung vor?  Ja  Nein Gibt es eine Pflasterallergie?  Ja  Nein

Leidet Ihr Kind unter Epilepsie, Krämpfen oder Ohnmachtsanfällen?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? Welche genau: \_\_\_\_\_

## Symptome Ihres Kindes

Koliken

Erbrechen

Alle 2-3 Stunden muss gestillt werden  
durch sehr kurze Schlafphasen

Schnarchen

Gewichtsverlust

Atemprobleme / Röcheln

Verstopfte Nase

Spucken

Schluckbeschwerden

Mundatmung

## Symptome der Mutter

Starke Schmerzen beim Anlegen

Entzündete Brustwarzen

Blutende Brustwarzen

Stillhütchen

Brustentzündung (Mastitis)

Infektion der Milchkanäle (Soorinfektion)

Es wird nicht gestillt

Familienanamnese  Mutter  Vater  Zungenbändchen  Lippenbändchen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern