

Um die Kommunikation zwischen den verschiedenen Therapeuten zu vereinfachen, nehmen Sie bitte diese Seite mit und lassen sie ausfüllen, Informationen zum Datenschutz finden Sie auf Seite 2.

BERICHT STILLBERATUNG

Datum: Name Stillberaterin/Hebamme:
 Name (Baby):
 Name (Eltern): Telefon (Beraterin):
 Geburtsdatum:
 Besonderheiten Schwangerschaft/ Geburt:

Stillhäufigkeit: x in 24h	Gewicht auffällig (Geburstgewicht:)
Schwierigkeiten Brust zu erfassen	Milchbildung zu hoch/ zu gering
Saugverhalten auffällig	Zufütterung notwendig - Muttermilch - Formula
Saugbläschen	Zungenbelag
Schmatzen/Schnalzen	Reflux / Aufstoßen
Milchverlust durch Mund/ Nase	Schluckauf
Schmerzende/Wunde Mamillen	Blähungen
Vasospasmus	Kinn / Zunge zittert

Optische Auffälligkeiten / Besondere Beobachtungen:

HATLFF-Screening	Punktzahl:	Dobrich-Tool	
Murphy Manöver	glatt	Widerstand	„Zaun“
Lippenband	Restriktiv	Kurz, aber flexibel	Unauffällig

Eltern über mögliche Zusammenhänge mit dem zu kurzen Zungenband aufgeklärt, interdisziplinäre Herangehensweise erläutert. Vor- und Nachsorge, sowie aktives Wundmanagement besprochen.

Weitere Informationen:

BERICHT KÖRPERTHERAPIE - Datum:

Name des Therapeuten:

Kontaktmöglichkeit Email / Tel.

Spannung HWS		Mundöffnung unzureichend	
Mundboden/ Kiefer verspannt		Mundöffnung asymmetrisch	
Unphysiologische Kopfrotation		Unphysiologische Bauchlage	
asymmetrische Schädelform		Unphysiologische Rückenlage	
Blockade Wirbelsäule Regio:		Überstreckung / Asymmetrie	
Unphysiologische Beckenstellung		Blockierte Hyoidbeweglichkeit	

Ergänzende Befunde:

BERICHT ARZT - Datum:

Name des Arztes:

Kontakt:

HATLFF-Screening	Punkte:		
Murphy Manöver	glatt	Widerstand	„Zaun“
Lippenband	Restriktiv	Weiter beobachten	Unauffällig
optische Auffälligkeiten:			
Frenotomie durchgeführt	Vollständig	Zweizeitiges Vorgehen notwendig	Nicht durchgeführt
Vor-/Nachbehandlung nötig:	Osteopathie	Physiotherapie nach Bobath / man. Therapie	Logopädie/Stillberatung
Besonderheiten:			

Anlegen in der Praxis erfolgreich		Schmerzmanagement besprochen	
Aktives Wundmanagement besprochen/geübt		Wiedervorstellung bei Bedarf nach 4 Wochen	

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Therapeut (Stillberaterin/ Körpertherapeut/Arzt) fallbezogene Behandlungsdaten und von mir/ meinem Kind einholt, die beispielsweise von meiner/m Hebamme /Kinderarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Diese Information darf nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet werden. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ggf. fallbezogene Fotos/Videos ausgetauscht werden und nach Rücksprache zu Schulungszwecken (Gesichter unkenntlich gemacht) verwendet werden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt. Durch Weitergabe dieses Bogens an die beteiligten Therapeuten erkläre ich mich mit der o.g. Aufklärung einverstanden.