



Unabhängige Beratung rund um Formula (Anfangsnahrung) ernährte und teils gestillte Säuglinge/Kleinkinder durch eine zertifizierte Flaschen- und Formula Beraterin.

BERATUNGSVEREINBARUNG

Vielen Dank für Ihr Vertrauen. Mit der Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens schließen Sie einen Beratungsvertrag zu den folgenden Konditionen ab.

Die Ersteinschätzung erfolgt per Telefonat oder Videochat mit einem Umfang von etwa 15 Minuten. Die Kosten betragen , welche Sie per Überweisung oder PayPal bezahlen können. Der Preis für eine weiterführende Beratung richtet sich nach dem Aufwand und vereinbarten Umfang der Beratung. Sofern Sie eine weitere Beratung wünschen, erhalten Sie ein unverbindliches Angebot. Über sämtliche besprochene Inhalte bewahrt der/die Berater/in Schweigepflicht.

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 3-10 Tage	Datum	Länge	Gewicht
Länge / Gewicht U3 4-5 Wochen	Datum	Länge	Gewicht
Länge / Gewicht U4 12-16 Wochen	Datum	Länge	Gewicht
Länge / Gewicht U5 6-7 Monate	Datum	Länge	Gewicht
Länge / Gewicht U6 10-12 Monate	Datum	Länge	Gewicht
Aktuelles Gewicht			
Datum letzte Impfung			
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?	
Verwenden Sie Leitungswasser zur Zubereitung? Wenn ja, ist Ihr Wasser kalkhaltig? Wenn nein, welches Wasser verwenden Sie?	
Bekommt Ihr Kind zusätzlich Tee oder verwenden Sie Tee zur Zubereitung der Nahrung?	
Bekommt Ihr Kind Medikamente und/oder Heilmittel wie Bigaia, Lefax, Kümmel, Globuli etc	
Wieviele Flaschen bekommt Ihr Kind in 24 Stunden?	
Wieviel ml nimmt Ihr Kind pro Mahlzeit in etwa zu sich?	
Wie lange dauert die Mahlzeit in etwa?	
Welchen Sauger verwenden Sie (Marke und Lochung)?	
Saugverhalten: saugt ruhig, unruhig, sehr unruhig, weint vor dem Saugen, weint beim Saugen, weint nach dem Saugen, überstreckt sich.....	
Hat Ihr Kind Bauchweh / Blähungen? Wenn ja wie äußert sich das?	

Gab oder gibt es Auffälligkeiten bei der Stuhlentleerung wie z.B. sehr fester Stuhl, sehr dünner Stuhl, starkes anhaltendes Pressen etc.?	
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind häufig schreit/weint? Wenn ja versuchen Sie die Häufigkeit zu definieren.	
Hat oder 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, wegrehen des Kopfes, Ausspucken des Saugers etc.	
Spuckt Ihr Kind öfter Nahrung aus? Wenn ja wie oft am Tag?	
Bekommt ihr Kind Beikost ? Wenn ja bitte den Teil 02 zur Beikost ausfüllen.	
Schlafen Schläft Ihr Kind häufig beim mit der Flasche ein? Wenn ja wie oft in etwa?	
Schreien beruhigt Ihr Kind sich häufig nur durch Saugen an Bruts/Flasche? Wenn ja wie oft in etwa?	
<u>Möchten Sie sonst etwas mitteilen?</u>	

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 zubereiteten **alle** Zutaten mit Marke und genauer Bezeichnung.
- Bei den Angaben zur Menge reicht eine ungefähre Angabe wie ca. 100g oder 5-8 Teelöffel.

Fläschchen / Ernährung Protokoll | Datum:

Uhrzeit	Menge	Notizen/Verhalten