

IN LIEBE STILLLEN

Stillberatung und Stillbegleitung
Sabrina Grabow



ANAMNESE

Name, Vorname	
Geburtsdatum (+ Alter)	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	
Beruf	
Telefon/E-Mail	
Familienstand/Kinder	
Geburtsdatum/ET	

Hast du Erkrankungen/Nimmst du Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein.
Hast Du schon frühere Kinder gestillt?	<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein.
Haben Du/der leibliche Vater und/oder eventuelle Geschwisterkinder Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein.
Hast Du Brust-OPs gehabt oder trägst du Brustwarzenpiercings?	<input type="checkbox"/> Ja, _____	<input type="checkbox"/> Nein.

DATENSCHUTZ

Alle genannten Inhalte werden vertraulich behandelt und gelangen nicht nach außen, ich nehme den Schutz Deiner Daten sehr ernst und halte mich an die Vorgaben der Europäischen Datenschutzverordnung und das nationale Datenschutz- und Umsetzungsgesetz. Alle Daten werden ausschließlich für *interne Zwecke und das bestmögliche Beratungsergebnis* benutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit per Mail oder postalisch an meine Kontaktdaten oder persönlich widerrufen werden.

Ich stimme der Datenschutzerklärung zu: _____
(Datum, Unterschrift)

SCHWANGERSCHAFT

Gibt/Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (Diabetes, Zervixverkürzung,...)	<input type="checkbox"/> Ja, ----- -----	<input type="checkbox"/> Nein.
Hast Du eine Vor- und/oder Nachsorgehebamme?	<input type="checkbox"/> Ja, Vorsorge / Nachsorge (unzutreffendes streichen)	<input type="checkbox"/> Nein.
Bekommst Du einen geplanten Kaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein.

GEBURT

Wie und wo hast Du entbunden?	<input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Saugglocke/Zange	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt.
Wie verlief Dein Frühwochenbett? (die ersten 10 Tage)	<input type="checkbox"/> Auffällig, weil -----	<input type="checkbox"/> Unauffällig.
Wann hast Du das Krankenhaus mit Baby verlassen?	<input type="checkbox"/> Am gleichen Tag der Geburt. <input type="checkbox"/> Hausgeburt/Geburtshaus	<input type="checkbox"/> ___ Tage nach Geburt.
Konntet ihr gleich nach Geburt nackig kuscheln?	<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein.

STILLSTART

Hast Du gleich nach der Geburt angelegt?	<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein.
Hat Dich jemand beim ersten Anlegen unterstützt?	<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein.
Wann kam Dein Milcheinschuss (ca.)?	Nach ca. _____ Tagen.	

STILLBEZIEHUNG

Hast Du Schmerzen beim Stillen oder fühlst Dich unwohl?	<input type="checkbox"/> Ja, weil ----- -----	<input type="checkbox"/> Nein.
Werden Beruhigungssauger eingesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja, seit der ___ Lebenswoche.	<input type="checkbox"/> Nein.
Wird (gelegentlich) Milch aus der Flasche gegeben?	<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein.
Sonstiges		

BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen

Klientin/Empfängerin:

- nachfolgend Klientin-

In Liebe Stillen

Sabrina Grabow

Süderlück 5

24972 Steinbergkirche

- nachfolgend Stillberaterin -

⊗

über die Erbringung einer Stillberatung bzw. Stillbegleitung.

Klientin und Stillberaterin sind sich darüber einig, dass das Beratungsangebot keine medizinische Heilbehandlung oder medizinische Therapie ist, auch nicht im Sinne des Heilpraktikergesetzes. Die Stillberaterin kann *keine Heilversprechen oder Erfolge* garantieren.

Die Stillberatung ist ein freier, aktiver und selbstverantwortlicher Prozess. *Der Erfolg ist von einer Mitarbeit und Umsetzung und weiteren, nicht immer beeinflussbaren Faktoren abhängig.*

Bei Inanspruchnahme einer Stillberatung bzw. -begleitung erklärt die Klientin, dass das Kind, um das es geht, regelmäßig vom Kinderarzt/von der Kinderärztin untersucht wird. Alle U-Untersuchungen wurden/werden durchgeführt und es liegen keine organischen Beschwerden vor. *Jeder Krankheitsverdacht wird der Stillberaterin mitgeteilt.* Gewisse Krankheitsbilder können zu einem Ausschluss der Stillberatung führen.

Die Stillberatung/-begleitung *ersetzt keine Behandlung* durch medizinisches Personal wie Ärzte/Ärztinnen, Chirurg:innen, psychotherapeutische Psycholog:innen, Psychiater:innen, Zahnarzt:innen, usw. Bei medizinischen Bedenken müssen diese durch fachkundige Ansprechpartner:innen abgeklärt werden.

Die Zielsetzung der Stillberatung/-begleitung wird gemeinsam mit Klientin und Stillberaterin festgelegt. Die Themen umfassen unter Anderem Stillvorbereitung, Beratung bei Stillproblemen, Beratung beim Abstillwunsch, Hilfe zur Selbsthilfe bei Relaktationsprozessen und ähnlichem.

Die Beratungen finden im Hausbesuch, online oder telefonisch statt. Beratungstermine werden zwischen den Vertragsparteien individuell vereinbart.

Die Stillberaterin bewahrt *Stillschweigen* über alle ihr zur Kenntnis gelangten persönlichen Angelegenheiten, auch über die Beendigung der Beratungsverhältnisse heraus. Die Klientin kann in einem angemessenen Aufbewahrungszeitraum die Einsichtnahme über die in ihrer Beratung verfassten Aufzeichnungen verlangen. Auskunftserteilung kann nur nach vorheriger Genehmigung in Textform (z.B. E-Mail) durch den Auftraggeber erfolgen. Gesetzliche Auskunfts- und Meldepflichten, zum Beispiel steuerlicher Natur, sind von der Verschwiegenheitsverpflichtung ausgenommen. Die Klientin gestattet der Stillberaterin die Daten der Sitzungen anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken (z.B. Fachbücher) zu verwenden.

Der *Beratervertrag beginnt mit Zusendung der Arbeitsunterlagen* per E-Mail/WhatsApp als PDF (Dazu zählen: Rechnung und/oder Anamnesebogen). Nachdem der Verhandlungsvertrag akzeptiert wurde,

findet die Vereinbarung eines ersten Beratungstermins statt. Tritt die Klientin *nach Übersendung von Anamnesebogen & der Rechnung sowie Unterschrift dieses Vertrages jedoch vor einem ersten persönlichen Beratungstermin vom Beratervertrag zurück, so ist für das eine Pauschale in Höhe von 15€ zu entrichten.*

Der Behandlungsvertrag ist von beiden Seiten ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist jederzeit kündbar. Die Kündigung dieses Vertrages kann formlos erfolgen.

Die übliche Dauer einer Beratung beträgt 45-90 Minuten, solange nichts Abweichendes vereinbart wurde. Termine werden nach Bedarf per E-Mail, WhatsApp oder über das Website-Kontaktformular vereinbart.

Die Klientin hat das Recht, vereinbarte Termine bis 48 Stunden im Voraus abzusagen, ohne dass für diese Termine Honorarzahlungen anfallen. Bei Buchungen über das Portal simplybook zählen die dort angegebenen Stornierungsgebühren. Termine, die nach Ablauf dieser Frist seitens der Klientin abgesagt werden, werden mit *50% des Honorars* in Rechnung gestellt. Bei Absage am Tag des Beratungstermins werden grundsätzlich *90% des Honorars* fällig.

Das Honorar einer Stillberatung ist von der Website, je nach ausgewähltem Paket, www.inliebestillen.de abzulesen. Eine genaue Preisliste (auch mit Fahrtkosten) findet sich auf der Website zum Download.

Die Stillberaterin haftet ausschließlich für Schäden, die auf einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Vertrags- oder Pflichtverletzung beruhen.

Alle Änderungen oder Ergänzungen dieser Allgemeinen Beratungsbedingungen sind nur wirksam, wenn sie im Kontaktformular auf der Website bestätigt worden, schriftlich abgeschlossen oder schriftlich wechselseitig bestätigt worden sind. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses. Sollte eine Bestimmung dieser allgemeinen Beratungsbedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hiervon die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Beratungsbedingungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt die gesetzlich zulässige Bestimmung, die dem Gewollten am nächsten kommt. Dies gilt auch im Falle einer unbeabsichtigten Regelungslücke.

Steinbergkirche, 18.01.2024

