



Auskunftbogen & Behandlungsvertrag

Bitte kreuzen Sie an, welche Leistung, sie in Anspruch nehmen möchten:

1. Leistung/Preise

Die Vertragspartnerin nimmt die Dienste der oben genannten Stillberaterin in Anspruch.

- Allg. Stillberatung und/ oder Beratung bei Ernährungsproblemen des Säuglings
Kosten: 37,-€/angefangene 30 min.
- Erstgespräch: Stillbegleitung, Zungenband/ Lippenbandbegutachtung (Besprechung der Gesamtsituation, Untersuchung des Mundraumes inkl. Zungenfunktionsprüfung, besprechen von Behandlungsmöglichkeiten, Vermittlung von Übungen für die Zungenbeweglichkeit), Beratungszusammenfassung
Kosten: 190,-€/Termin Dauer: max. 2 Std.
- Weiterer Termin zur Re-Evaluierung (meist 2-4 Wochen nach Ersttermin), ggf. OP-Vorbereitung, Erklärung der Wundbehandlung Kosten: 37,-€/angefangene 30 min.
- Frenotomie Nachsorgepaket: Begleitung in Präsenz/per Videochat möglich
Kosten: 37,-€/ angefangene 30 min.
- Telefonische Beratung 1,20 €/min.

2. Zahlung

Die Stillberaterin stellt nach Beendigung der Begleitung eine Rechnung aus, die der Vertragspartnerin per Mail zugestellt wird. Die Vertragspartnerin verpflichtet sich diese Rechnung binnen 14 Tagen zu begleichen. Eine Ratenzahlung ist möglich, wenn dies vorab vereinbart wurde.

3. Hinweise und Belehrungen

Vereinbarte Termine müssen von der Vertragspartnerin **mindestens 24 Stunden** vorher abgesagt werden, wenn diese nicht einzuhalten sind.

Die Vertragspartnerin wird darauf hingewiesen, dass sie eine **Ausfallpauschale von 40,-€** bezahlen muss, wenn sie einen Termin nicht wahrnimmt, sofern dieser nicht rechtzeitig abgesagt wird.

Die Vertragspartnerin bestätigt ausdrücklich mit ihrer Unterschrift, mit diesem Behandlungsvertrag einverstanden zu sein.

Die Vertragspartnerin bestätigt, die Datenschutzerklärung erhalten zu haben.

Beide Parteien vereinbaren hiermit, dass sämtliche Änderungen dieser Vereinbarung und Nebenabreden der Schriftform bedürfen.

Köln den,

Unterschrift Betreute



Kontaktbogen für Stillberatung/ Ernährungsberatung/ Zungenbandbegutachtung

Bitte beantworten Sie mir, vor unserem Termin, folgende Fragen:

Name, Vorname d.stillenden Elternteils	
Geb.Datum des stillenden Elternteils	
Name, Vorname d.Vaters/d.Co-Mutter	
Adresse	
Rufnummer	
Mailadresse	
Name, Vorname d. Kindes	
Geb.datum d. Kindes	
Geb.Gewicht/Länge	
Gewicht und Datum U2	
Gewicht und Datum U3	
Gewicht und Datum U4	
Niedrigstes Gewicht nach Geburt (mit Datum)	
Aktuelles Gewicht (mit Datum)	
Hebammenbegleitung durch:	
Name des behandelnden Kinderarztes*ärztin	
Name des behandelnden Gynäkologen*in	
Ist die Schwangerschaft spontan entstanden oder waren Sie in Kinderwunschbegleitung?	

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?	
In der wievielten Schwangerschaftswoche ist ihr Baby geboren?	
Geburtsort (in einer Klinik bitte Name d. Klinik)	
Auf welche Art wurde ihr Baby geboren?	<input type="checkbox"/> vaginale Geburt <input type="checkbox"/> vaginal-operativ mit Saugglocke oder Zange <input type="checkbox"/> geplanter Kaiserschnitt/Bauchgeburt <input type="checkbox"/> sekundärer Kaiserschnitt/Bauchgeburt, der aus mütterlichen oder kindlichen Gründen im Geburtsverlauf notwendig wurde
Geburtsdauer (ca.)	
Gab es Komplikationen bei der Geburt? Wenn ja, welche?	
Wie ist ihr Gefühl, wenn sie über ihre Geburt nachdenken?	
Gab es Haut-auf Haut Kontakt (Bonding) im Kreißsaal?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gab es auch Bonding auf Station im Krhs.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p>Wird ihr Kind gestillt?</p>	
<p>Wenn ja: Wie war das Stillen in den ersten Tagen?</p> <p>Welche Stillprobleme führen sie zu mir?</p> <p>Wie geht es ihnen mit der aktuellen Stillsituation? Welche Gedanken & Fragen gehen ihnen durch den Kopf?</p>	
<p>Nutzen sie Stillhütchen oder einen Schnuller? Wenn ja, welche Marke?</p>	
<p>Gab es oder gibt es medizinische Besonderheiten beim ihrem Kind? (Neugeborenenengelbsucht/ Infektionen, o.ä.)</p>	

<p>Gibt es Besonderheiten beim stillenden Elternteil? (Vorerkrankungen/ psychologische Erkrankungen/ Medikamente/ Brust- Operationen, o.ä.)</p>	
<p>Was muss ich über eure Familien -& Lebenssituation sonst noch wissen?</p>	
<p>Wenn ihr Baby mit der Flasche genährt wird:</p> <p>Was ist der Grund für d. Flaschenernährung (z.B. persönl. Entscheidung/ Schmerzen beim Stillen, fehlende Unterstützung, o.ä.)</p>	
<p>Seit wann verwenden Sie die derzeitige Nahrung? Verwenden Sie Leitungswasser zur Zubereitung? Wenn ja, ist Ihr Wasser kalkhaltig?</p>	
<p>Wenn nein, welches Wasser verwenden Sie?</p>	
<p>Bekommt Ihr Kind zusätzlich Tee oder verwenden Sie Tee zur Zubereitung der Nahrung?</p>	
<p>Wie viele Flaschen bekommt Ihr Kind in der Regel in 24 Stunden?</p>	
<p>Wieviel ml nimmt Ihr Kind pro Mahlzeit ungefähr zu sich?</p>	
<p>Wie lange dauert eine Mahlzeit in etwa?</p>	
<p>Welches Flaschensystem verwenden Sie? Welche Größe hat der Sauger?</p>	
<p>Die folgenden Fragen sind für Still, - sowie auch Flaschenkinder</p>	

<p>Beschreiben Sie das Saugverhalten Ihres Kindes: Saugt ruhig/ unruhig/ sehr unruhig Weint vor dem Saugen/weint beim Saugen/weint nach dem Saugen Überstreckt sich/ dreht oft den Kopf weg/ verliert Milch im Mundwinkel & verliert das Vakuum, schluckt viel Luft</p>	
<p>Hat Ihr Kind Bauchweh/ Blähungen? 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>	
<p>Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind häufig weint/schreit? Wenn ja, versuchen Sie die Häufigkeit zu definieren.</p>	
<p>Beruhigt sich Ihr Kind häufig nur durch Saugen an der Brust/Flasche? Wenn ja, wie oft etwa?</p>	
<p>Hat oder hatte Ihr Kind eine Lieblingsseite, zu der es meist schaut? Wenn ja, welche?</p>	
<p>Waren Sie mit mit ihrem Kind bei einem Osteopathen*in? Gab es etwas, was dort behandelt wurde? Name des Osteopathen*in:</p>	

Spuckt Ihr Kind öfter Nahrung aus? Wenn ja, wie oft in 24 Std.?	
Bekommt Ihr Kind Medikamente und/oder Heilmittel wie Bigaia, Kümmelzäpfchen, Globuli, Lefax o.ä.	

Vielen Dank für das Ausfüllen. Bitte senden sie mir den Bogen mind. 1 Tag vor unserem Termin per Mail an danieladegen@stillberatung-koeln.de zurück.

Ich freue mich auf unseren Termin.

**Herzlichst
Daniela Degen**



Datenschutzerklärung

Art und Zweck der verarbeiteten Daten

Im Rahmen der Stillberatung werden personenbezogene Daten der Vertragspartnerin, wie auch der (geborenen/ungeborenen) Kinder, von der Hebamme & Stillberaterin als verantwortliche Stelle erhoben, verarbeitet und genutzt. Neben Angaben zur Person und sozialem Status (Name, Adresse, usw.) gehören hierzu insbesondere, die für die Behandlung notwendigen medizinischen Befunde. Ein Umgang mit diesen Daten erfolgt lediglich, soweit für die Erbringung, Abrechnung, Dokumentation und Archivierung gemäß der Hebammenberufsordnung oder Sicherung der Qualität der Hilfeleistung der Hebamme & Stillberaterin erforderlich ist. Die Hebamme & Stillberaterin erfüllt die Voraussetzungen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten entsprechend des Art.9 Abs. 3 DSGVO.

Weitergabe der Daten

Die Daten werden nur an Dritte übermittelt, wenn die Vertragspartnerin einwilligt oder eine gesetzliche Grundlage hierfür besteht, was in folgenden Konstellationen regelmäßig der Fall ist:

- Die Hebamme & Stillberaterin unterliegt auch gegenüber anderen an der Behandlung beteiligten Personen (z.B. Ärzten, Vertretungskolleginnen) der Schweigepflicht. die med. erforderlichen Daten wird die Hebamme & Stillbersterin jedoch mit diesen Personen austauschen, sofern die Vertragspartnerin hiermit einverstanden ist.
- Die Abrechnung erfolgt direkt gegenüber der Vertragspartnerin, sei es durch die Hebamme & Stillberaterin unmittelbar oder entsprechend §301a Abs. 2 SGB V über eine externe Abrechnungsstelle.

Dauer der Speicherung

Ihre Daten werden zunächst so lange gespeichert, bis die Betreuung abgeschlossen und abgerechnet ist. Nach der Rechnungsstellung entstehen gesetzliche Aufbewahrungspflichten aus dem Steuerrecht (§ 14b UStG). Danach müssen entsprechende Nachweise 10 Jahre aufbewahrt werden. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung und Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Sofern die jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, besteht auf Ihrer Seite ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO). Darüber hinaus haben Sie ggf. ein Widerspruchsrecht gegen diese Verarbeitung (Art. 21 DSGVO)

Beschwerderecht und Aufsichtsbehörde

Sie haben gemäß Art. 77 DSGVO die Möglichkeit, Beschwerde bei der zuständigen Landesdatenschutzbehörde zu erheben. In diesem Falle ist dies die zuständige Aufsichtsbehörde:

Landesbeauftragte f. Datenschutz & Informationsfreiheit NRW Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf Tel. 0211/ 384 24-0 Mail poststelle@ldi-nrw.de Website <http://www.ldi-nrw.de>