



## Auskunftbogen & Behandlungsvertrag

**Bitte kreuze an, welche Leistung, Du in Anspruch nehmen möchtest**

### **1. Leistung/Preise**

- ☐ Allg. Stillberatung und/ oder Beratung bei Ernährungsproblemen des Säuglings  
Kosten: 44,-€/pro angefangene 30 min.
- ☐ Erstgespräch im Zusammenhang mit oraler Restriktion:  
Inhalt: Anamnese körperl. Untersuchung Deines Babys, Stillbegleitung, Zeigen von Körper -& Zungenübungen anschließende schriftl. Beratungszusammenfassung  
Kosten: 190,-€/ Dauer: max. 1,5 Std.
- ☐ Follow-up Termin:  
Inhalt: Re-Evaluierung von Zungenbeweglichkeit & Stillsituation nach tägl. Zungenübungen, bei Entscheidung zur Frenotomie: Erklärung der Wundbehandlung, Zeigen des aktiven Wundmanagements  
Kosten: 88,-€/ Dauer: ca. 1 Std.
- ☐ Nachsorgebegleitung nach Frenotomie:  
1.Termin ca. 1-3 Tage nach dem Eingriff - Dauer: ca. 1 Std.  
2.Termin ca. 7-14 Tage nach dem Eingriff – Dauer: ca. 1 Std.  
Inkl. Begleitung per SMS/Mail & Videounterstützender Betreuung  
Kosten komplett: 299,-€
- ☐ 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 die Gebühren eines Termins, den sie nicht wahrnimmt, dennoch bezahlen muss, 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 beantworte mir, vor unserem Termin, folgende Fragen, damit ich mich optimal auf unser Gespräch vorbereiten kann:

Name, Vorname des stillenden Elternteils	
Geb.Datum des stillenden Elternteils	
Name, Vorname d. Vater/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 Gynäkologen*in	
Name des behandelten Kinderarztes*ärztin	
Ist die Schwangerschaft spontan entstanden oder wart Ihr in Kinderwunschbegleitung?	

In der wievielten Schwangerschaftswoche ist Euer Baby geboren?	
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?	
Geburtsort (in einer Klinik bitte Name d. Klinik)	
Auf welche Art wurde Euer 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 Dein Gefühl, wenn Du über die Geburt nachdenkst?	
Gab es Haut-auf Haut Kontakt 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

<b>Wird Dein Kind gestillt?</b>	
<p><b>Wenn ja:</b>  Wie war das Stillen in den ersten Tagen?  Hattest Du ausreichend Stillunterstützung durch med. Fachkräfte?</p> <p>Welche Stillprobleme führen Dich zu mir?</p> <p>Wie geht es Dir mit der aktuellen Stillsituation? Welche Gedanken &amp; Fragen gehen Dir durch den Kopf?</p>	
<p>Nutzt Du Stillhütchen oder einen Schnuller?  Wenn ja, welche Marke?</p> <p>Nutzt Du sonst Stillhilfsmittel? Wenn ja, welche?</p>	
<p>Gibt es Besonderheiten beim stillenden Elternteil?  (Vorerkrankungen/psycholog. Erkrankungen/ Medikamente/ Brust-Operationen o.ä.)</p>	

Gab es oder gibt es medizinische Besonderheiten bei Deinem Kind? (Neugeborenenengelbsucht/Infektionen, o.ä.)	
Was muss ich über Eure Familien -& Lebenssituation sonst noch wissen?  Gibt es Geschwisterkinder? Wenn ja, wie alt sind diese? Wurden diese gestillt? Gab es da ähnliche Probleme?	
<b>Wenn Dein Baby mit der Flasche genährt wird:</b>  Grund für d. Flaschenernährung (z.B. persönl. Entscheidung/ starke Schmerzen beim Stillen, o.ä.)	
Seit wann verwendest Du die derzeitige Nahrung?	
Verwendest Du Leitungswasser zur Zubereitung? Wenn ja, ist das Wasser kalkhaltig? Wenn nein, welches Wasser verwendest Du?	
Bekommt Dein Kind zusätzlich Tee oder verwendest Du Tee zur Zubereitung der Nahrung?	
Wie viele Flaschen bekommt Dein Kind in 24 Stunden?	
Wieviel ml nimmt Dein Kind pro Mahlzeit in etwa zu sich?	
Wie lange dauert eine Mahlzeit in etwa?	
Welches Flaschensystem verwendest Du? Welche Größe hat der Sauger?	

<p><b>Die folgenden Fragen sind für Still, - sowie auch Flaschenkinder</b></p> <p><b>Beschreibe das Saugverhalten Deines Kindes:</b>          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 &amp; verliert das Vakuum, schluckt viel Luft</p>	
<p>Hat Dein 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>Hast Du das Gefühl, dass Dein Kind häufig weint/schreit?          Wenn ja, versuche die Häufigkeit zu definieren.</p>	
<p>Beruhigt sich Dein Kind häufig nur durch Saugen an der Brust/Flasche?          Wenn ja, wie oft etwa?</p>	
<p>Hat oder hatte Dein Kind eine Lieblingsseite, zu der es meist schaut?          Wenn ja, welche?</p>	
<p>Warst Du mit Deinem Kind bei einem Osteopathen*in?</p> <p>Gab es etwas, was dort behandelt wurde?</p> <p>Name des Osteopathen*in:</p>	
<p>Spuckt Dein Kind öfter Nahrung aus?          Wenn ja, wie oft in 24 Std.?</p>	

Bekommt Dein Kind Medikamente und/oder Heilmittel wie Bigaia, Kümmelzäpfchen, Globuli, Lefax o.ä.	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Vielen Dank für das Ausfüllen.

Bitte sende mir den Auskunftbogen mit dem unterschriebenen  
Behandlungsvertrag (Seiten 1-7) **bis spätestens 24h** vor unserem Termin per  
Mail an: [danieladegen@stillberatung-koeln.de](mailto:danieladegen@stillberatung-koeln.de) zurück.

Ich freue mich auf unseren Termin.

**Herzlichst**

**Daniela Degen**

**Still,-& Laktationsberaterin IBCLC & FeS Beraterin**



## **Datenschutzerklärung**

### **Art und Zweck der verarbeiteten Daten**

Im Rahmen der Stillberatung werden personenbezogene Daten der Vertragspartnerin, wie auch der (geborenen/ungeborenen) Kinder, von der 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 oder Sicherung der Qualität der Hilfeleistung der Stillberaterin erforderlich ist. Die 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 Stillberaterin unterliegt auch gegenüber anderen an der Behandlung beteiligten Personen (z.B. Ärzten, Vertretungskolleginnen) der Schweigepflicht. die med. erforderlichen Daten wird die Stillberaterin jedoch mit diesen Personen austauschen, sofern die Vertragspartnerin hiermit einverstanden ist.
- Die Abrechnung erfolgt direkt gegenüber der Vertragspartnerin.

### **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: