



ANGABEN MAMA:

ANGABEN KIND:

NAME

NAME

EMAIL

GEBURTSDATUM

TELEFON

STILLBEGINN

GEBURTSDATUM

WEITERE KINDER
(GESTILLT?/ABGEST)

GIBT ES SPEZIFISCHE GRÜNDE ODER UMSTÄNDE, DIE DAS ABSTILLEN BEEINFLUSSEN? HABEN SIE FRÜHERE ABSTILLVERSUCHE UNTERNOMMEN? WENN JA, WELCHE ERFAHRUNGEN HABEN SIE GEMACHT?

WIE LANGE STILLEN SIE BEREITS? WIE OFT STILLEN SIE PRO TAG/ NACHT?

GIBT ES GESUNDHEITLICHE BEDENKEN ODER MEDIZINISCHE FAKTOREN, DIE BEIM ABSTILLEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN MÜSSEN?

HABEN SIE BEREITS MIT DEM ABSTILLEN BEGONNEN? WENN JA, WIE VERLÄUFT DER PROZESS BISHER?

WELCHE UNTERSTÜTZUNG HABEN SIE BEI IHREM ABSTILLVORHABEN?

WELCHE BEDENKEN ODER ÄNGSTE HABEN SIE IN BEZUG AUF DAS ABSTILLEN?

GIBT ES NOCH WEITERE FRAGEN ODER ANLIEGEN, DIE SIE GERNE BESPRECHEN MÖCHTEN?

ZIEL:

