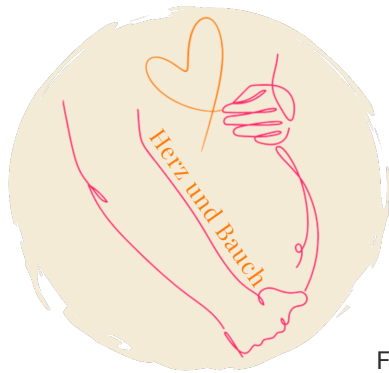




Herz & Bauch

Fragebogen

Beikost & Familientisch

Fragebogen zur Vorbereitung deiner Ernährungsberatung

Hinweis: Dieser Fragebogen hilft mir, euer Baby, euren Familienalltag und eure Fragen rund um Beikost, BLW, Brei, Fingerfood und Familientisch besser zu verstehen. Bitte füllt ihn so gut aus, wie es für euch möglich ist. Wenn etwas nicht zutrifft oder ihr es nicht wisst, lasst es einfach frei. Bei medizinischen Themen, Gedeihproblemen, starkem Erbrechen, Schluckproblemen oder auffälliger Entwicklung bleibt die kinderärztliche bzw. hebammengeleitete Betreuung wichtig.

A) Kontakt & organisatorische Angaben

Name Bezugsperson 1: _____

Name Bezugsperson 2: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Wer nimmt an der Beratung teil?

☐ Mama ☐ Papa ☐ beide Eltern ☐ andere Bezugsperson ☐ Baby ist dabei

☐ Baby schläft/isst eventuell währenddessen

Sonstiges / Ergänzungen:

Bevorzugter Kontakt nach der Buchung:

☐ E-Mail ☐ Telefon ☐ Messenger

Was ist euer Hauptanliegen? Was wünscht ihr euch von der Beratung?

Worum geht es ungefähr? Mehrfachauswahl möglich:

☐ Beikoststart planen ☐ Brei ☐ BLW / baby-led weaning ☐ Fingerfood ☐ Familientisch

☐ Eisenversorgung ☐ Allergene ☐ Verstopfung ☐ wenig Interesse am Essen

☐ Würgen / Verschlucken ☐ sehr wählerisches Essen ☐ Stillen/Flasche und Beikost

☐ Essensstruktur im Familienalltag ☐ Unsicherheit / Überforderung

Sonstiges / Ergänzungen:

B) Basisdaten zum Baby / Kind

Name / Initialen Kind: _____

Geburtsdatum: _____

Alter aktuell: _____

Geschlecht: _____

Geburtsgewicht: _____

Geburtsgröße: _____

Aktuelles Gewicht: _____

Aktuelle Größe: _____

Datum der letzten Messung: _____

Kinderärztliche Praxis: _____

Gibt es Besonderheiten rund um Schwangerschaft, Geburt oder die ersten Wochen?

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:

- ☐ Frühgeburt ☐ SGA / eher klein geboren ☐ LGA / eher groß geboren ☐ Kaiserschnitt
☐ Geburtseinleitung ☐ längerer Klinikaufenthalt ☐ Neugeborenen-Intensivstation
☐ starker Gewichtsverlust am Anfang ☐ Zufütterung notwendig
☐ Trinkschwierigkeiten am Anfang

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie war die bisherige Entwicklung aus eurer Sicht? Gibt es etwas, das euch auffällt?

Bitte bringe, wenn vorhanden und relevant, das gelbe U-Heft bzw. aktuelle Angaben zu Gewicht, Größe und Entwicklung mit oder lade sie vorab hoch. Gerade bei Fragen zu Wachstum, Essmengen, Eisenversorgung oder Trinkverhalten brauche ich diese Informationen, um euch sinnvoll begleiten zu können.

C) Gesundheit, Diagnosen & medizinische Betreuung

Gibt es bekannte Diagnosen oder medizinische Themen?

- ☐ Reflux ☐ Koliken ☐ Neurodermitis ☐ Allergierisiko ☐ Nahrungsmittelallergie
☐ Kuhmilch-/Hühnereibeiweißallergie ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Gedeihstörung / Gewichtsthema
☐ Trinkschwierigkeiten ☐ Saugprobleme ☐ Zungenband-Thema ☐ Schluckprobleme
☐ häufiges Erbrechen ☐ Infektanfälligkeit ☐ chronische Erkrankung

Sonstiges / Ergänzungen:

Seit wann bestehen die Themen? Was wurde bisher abgeklärt oder empfohlen?

Wer begleitet euch aktuell fachlich?

- ☐ Kinderärztin/Kinderarzt ☐ Hebamme ☐ Stillberatung ☐ Logopädie / Füttertherapie
☐ Osteopathie ☐ Physiotherapie ☐ Allergologie ☐ Gastroenterologie
☐ keine besondere Betreuung

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Empfehlungen habt ihr bisher bekommen? Gibt es etwas, das ich unbedingt beachten soll?

Nimmt dein Baby aktuell Medikamente, Vitamine oder andere Präparate? Bitte mit Dosierung notieren.

Typische Präparate / Themen:

- ☐ Vitamin D ☐ Vitamin D + Fluorid ☐ Eisen ☐ Probiotikum ☐ Laxans / Stuhlweichmacher
☐ Reflux-Medikament ☐ Antibiotikum aktuell/kürzlich ☐ Schmerzmittel ☐ andere

Sonstiges / Ergänzungen:

D) Allergien, Unverträglichkeiten & familiäre Risiken

Gibt es beim Baby bekannte oder vermutete Reaktionen?

- ☐ Milch / Kuhmilch ☐ Ei ☐ Weizen / Gluten ☐ Erdnuss ☐ Nüsse ☐ Fisch ☐ Soja
☐ Sesam ☐ Obst / Gemüse ☐ Histaminverdacht ☐ keine bekannt

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Symptome treten auf? Bitte Lebensmittel, Menge, Zeitpunkt und Reaktion beschreiben.

Gibt es Allergien, Neurodermitis, Asthma, Heuschnupfen oder Unverträglichkeiten in der Familie?

- ☐ Mama ☐ Papa ☐ Geschwister ☐ Großeltern ☐ keine bekannt

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Lebensmittel wurden aus Sorge vor Reaktionen bisher gemieden?

Gab es bereits ärztliche Tests, Diagnosen oder Empfehlungen zu Allergenen?

E) Milchernährung & Trinkverhalten

Wie wird dein Baby aktuell ernährt?

- ☐ voll gestillt ☐ überwiegend gestillt ☐ teilgestillt ☐ Pre-Nahrung ☐ HA-Nahrung
☐ Spezialnahrung ☐ abgepumpte Muttermilch ☐ andere Milch

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie häufig trinkt dein Baby in 24 Stunden ungefähr? Bitte Tag/Nacht grob beschreiben.

Wenn Flasche: Welche Nahrung, welche Menge pro Flasche und wie viel ungefähr pro Tag?

Trinkverhalten:

- ☐ ruhig ☐ sehr hastig ☐ sehr langsam ☐ viel Spucken ☐ häufiges Erbrechen
☐ Verschlucken ☐ Husten beim Trinken ☐ Unruhe an Brust/Flasche ☐ häufiges Andocken
☐ Flasche wird abgelehnt ☐ Brust wird abgelehnt

Sonstiges / Ergänzungen:

Gibt es aktuell Still-/Flaschenthemen, die Einfluss auf Beikost oder Tagesstruktur haben?

Was wünscht ihr euch langfristig im Übergang von Milch zu Beikost/Familienessen?

F) Beikostreife & Startzeitpunkt

Beikost sollte erst starten, wenn euer Baby individuell bereit ist. Die folgenden Punkte helfen mir einzuschätzen, wo ihr gerade steht. Sie ersetzen keine kinderärztliche oder hebammengeleitete Einschätzung bei Unsicherheit.

Welche Beikostreifezeichen sind erfüllt?

- ☐ interessiert sich bewusst für Essen ☐ kann Nahrung greifen
- ☐ führt Dinge gezielt zum Mund ☐ sitzt mit leichter Unterstützung aufrecht
- ☐ hält den Kopf stabil ☐ macht Kau-/Mahlbewegungen
- ☐ schiebt Nahrung nicht sofort wieder heraus ☐ zeigt deutliches Wollen oder Ablehnen
- ☐ noch unsicher

Sonstiges / Ergänzungen:

Ab wann habt ihr über Beikost nachgedacht oder wann habt ihr gestartet?

Gab es einen bestimmten Grund für den Startzeitpunkt? Zum Beispiel Interesse, Druck von außen, Kinderarzt, Schlaf, Gewicht, Stillen/Flasche.

Wie fühlt ihr euch mit dem Beikoststart?

- ☐ freudig ☐ unsicher ☐ überfordert ☐ ängstlich wegen Verschlucken
- ☐ gestresst durch viele Regeln ☐ unter Druck ☐ gelassen ☐ noch unentschlossen

Sonstiges / Ergänzungen:

G) Aktueller Stand der Beikost

Welche Methode nutzt ihr aktuell oder interessiert euch?

- ☐ Brei ☐ BLW ☐ Fingerfood ☐ kombiniert ☐ Familientisch ☐ noch nicht gestartet
- ☐ weiß ich noch nicht

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie viele Beikost-Mahlzeiten gibt es aktuell pro Tag/Woche?

Wie sieht ein typischer Beikosttag aktuell aus? Bitte Uhrzeiten, Milch, Brei/Fingerfood, Snacks und Getränke grob notieren.

Welche Lebensmittel klappen gut? Was isst dein Baby gerne?

Was wird abgelehnt oder klappt noch nicht gut?

Konsistenzen, die dein Baby kennt:

- ☐ glatt püriert ☐ grob püriert ☐ zerdrückt ☐ weich stückig ☐ Fingerfood weich
☐ Familienessen angepasst ☐ knusprig ☐ noch kaum Erfahrung

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie reagiert dein Baby auf neue Konsistenzen?

H) Lebensmittelauswahl, Nährstoffe & Allergene

Welche Gemüse-, Obst- und Getreidesorten kennt dein Baby bereits?

Welche Eiweißquellen kennt dein Baby bereits? Zum Beispiel Fleisch, Fisch, Ei, Hülsenfrüchte, Milchprodukte, Tofu.

Eisenquellen regelmäßig angeboten?

- ☐ Fleisch ☐ Fisch ☐ Ei ☐ Hülsenfrüchte ☐ Hafer/Hirse
☐ Nussmus/Saatenmus altersgerecht ☐ Tofu ☐ angereicherte Produkte
☐ bisher kaum / unsicher

Sonstiges / Ergänzungen:

Allergene bereits eingeführt?

- ☐ Ei ☐ Milchprodukte ☐ Weizen/Gluten ☐ Erdnuss ☐ Nüsse ☐ Fisch ☐ Soja ☐ Sesam
☐ noch keine / unsicher

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie wurden Allergene bisher eingeführt? Gab es Reaktionen oder Unsicherheiten?

Gibt es Lebensmittel, die ihr bewusst meiden möchtet? Warum?

Ernährungsform der Familie:

- ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ pescetarisch ☐ halal ☐ kosher
☐ allergiebedingt eingeschränkt ☐ andere

Sonstiges / Ergänzungen:

I) Getränke, Flasche, Stillen & Übergang zum Familienessen

Was trinkt dein Baby außer Milch?

- ☐ Wasser ☐ ungesüßter Tee ☐ Saft ☐ verdünnter Saft ☐ noch nichts ☐ anderes

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie viel trinkt dein Baby ungefähr zusätzlich zur Milch?

Aus welchem Gefäß trinkt dein Baby?

- ☐ offener Becher ☐ Trinklernbecher ☐ Strohhalmbecher ☐ Flasche ☐ Löffel
☐ noch nicht angeboten

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie stellt ihr euch den Übergang zum Familienessen vor? Was soll langfristig leichter werden?

Welche Familiengerichte esst ihr regelmäßig, die später angepasst werden könnten?

J) Verdauung, Stuhlgang & Wohlbefinden

Aktuelle Verdauungsthemen:

- ☐ Verstopfung ☐ sehr harter Stuhl ☐ Bauchweh ☐ Blähungen ☐ Durchfall ☐ wunder Po
☐ Schleim im Stuhl ☐ Blut im Stuhl ☐ starkes Spucken ☐ Erbrechen
☐ keine besonderen Themen

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie häufig hat dein Baby Stuhlgang? Wie sieht er ungefähr aus?

Seit wann bestehen Verdauungsthemen und was verändert sie? Zum Beispiel bestimmte Lebensmittel, Menge, Tageszeit, Krankheit, Zahnen.

Was habt ihr bisher probiert und wie hat es gewirkt?

Allgemeines Wohlbefinden nach dem Essen:

- ☐ entspannt ☐ müde ☐ unruhig ☐ Bauchweh ☐ viel Spucken ☐ weint häufig
☐ Hautausschlag ☐ Juckreiz ☐ schläft schlechter ☐ keine Auffälligkeiten

Sonstiges / Ergänzungen:

K) Sicherheit: Würgen, Verschlucken & Esssituation

Gab es bereits Situationen mit Würgen oder Verschlucken?

- ☐ gelegentliches Würgen ☐ häufiges Würgen ☐ Verschlucken ☐ Husten beim Essen
☐ blau anlaufen / Notfallsituation ☐ Angst der Eltern ☐ bisher nicht

Sonstiges / Ergänzungen:

Bitte beschreibe die Situation(en): Was wurde gegessen, wie saß dein Baby, was ist passiert?

Wie sitzt dein Baby beim Essen?

- ☐ Hochstuhl mit Fußstütze ☐ Hochstuhl ohne Fußstütze ☐ auf dem Schoß
☐ Wippe / Babyschale ☐ unterwegs / Kinderwagen ☐ noch unterschiedlich

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Sicherheitsinformationen kennt ihr bereits?

- ☐ aufrechte Sitzposition ☐ altersgerechte Schnittformen ☐ keine ganzen Nüsse
☐ keine runden harten Stücke ☐ Unterschied Würgen/Verschlucken ☐ Erste Hilfe am Kind
☐ noch unsicher

Sonstiges / Ergänzungen:

Was macht euch beim Thema Sicherheit am meisten Sorge?

L) Tagesstruktur, Schlaf & Familienalltag

Wie sieht ein typischer Tag bei euch aus? Bitte grob mit Aufstehen, Milch, Essen, Schlaf, Betreuung und Abendroutine beschreiben.

Wie sind Schlaf und Müdigkeit gerade? Hat das Einfluss auf Mahlzeiten?

Betreuung / Alltag:

- ☐ zu Hause ☐ Kita ☐ Tagespflege ☐ Großeltern ☐ Eingewöhnung geplant
☐ unregelmäßige Betreuung ☐ Reisen/unterwegs oft Thema

Sonstiges / Ergänzungen:

Wer kauft ein und wer bereitet Essen zu?

Wie viel Zeit habt ihr realistisch für Beikost/Familienessen im Alltag?

Essumgebung meistens:

- ☐ gemeinsam am Tisch ☐ Baby isst alleine mit Begleitung ☐ unterwegs ☐ nebenbei
☐ mit Spielzeug ☐ mit Ablenkung/Video ☐ bei Familienmahlzeiten dabei

Sonstiges / Ergänzungen:

M) Elterngefühl, Druck & bisherige Informationen

Was verunsichert euch aktuell am meisten?

Woher kommen eure bisherigen Informationen?

- ☐ Hebamme ☐ Kinderarzt/Kinderärztin ☐ Instagram/TikTok ☐ Bücher ☐ Familie/Freunde
☐ Beikostkurs ☐ Apps ☐ eigene Recherche ☐ kaum Informationen

Sonstiges / Ergänzungen:

Gibt es widersprüchliche Empfehlungen, die euch verwirren?

Wie fühlt sich Essen mit eurem Baby gerade an?

- ☐ schön ☐ lustig ☐ chaotisch ☐ stressig ☐ ängstlich ☐ Druck
☐ Vergleich mit anderen ☐ unsicher wegen Mengen ☐ unsicher wegen Nährstoffen
☐ eigentlich entspannt

Sonstiges / Ergänzungen:

Was läuft schon gut und darf unbedingt bleiben?

N) Ziele, Wünsche & Umsetzung

Was wäre für euch ein gutes Ergebnis der Beratung?

Welche drei Fragen sollen wir auf jeden Fall besprechen?

Was wünscht ihr euch eher?

- ☐ klarer Fahrplan ☐ flexibler Baukasten ☐ konkrete Beispielmahlzeiten
☐ mehr Sicherheit bei BLW ☐ Brei-Struktur ☐ Familientisch-Ideen ☐ Allergen-Fahrplan
☐ Eisen-Fokus ☐ Hilfe bei Verstopfung ☐ weniger Druck ☐ mehr Entspannung

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Hürden seht ihr im Alltag?

Gibt es kulturelle, religiöse, ethische oder familiäre Essgewohnheiten, die ich berücksichtigen soll?

Gibt es noch etwas, das ich wissen sollte, um euch gut begleiten zu können?

O) Wichtige Hinweise & Bestätigung

Meine Beratung unterstützt euch ernährungsbezogen und alltagsnah. Sie ersetzt keine medizinische Diagnose, Behandlung oder Betreuung durch Kinderärztin/Kinderarzt, Hebamme, Stillberatung, Logopädie/Füttertherapie oder andere zuständige Fachpersonen. Bei Gedeihproblemen, auffälligem Gewicht, häufigem Erbrechen, Schluckproblemen, starken allergischen Reaktionen, Blut im Stuhl, Atemproblemen oder anderen medizinischen Unsicherheiten bitte immer fachlich abklären lassen.

Ort, Datum:

Unterschrift / Name der ausfüllenden Bezugsperson:

