



## Fragebogen zur Abstillberatung

### Persönliche Daten:

- Name: \_\_\_\_\_
- Vorname und Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_
- E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_
- Telefonnummer (optional): \_\_\_\_\_

### Allgemeines

**1. Wie viel stillst du aktuell noch?**

- voll
- teilweise (zusätzlich Flasche/Beikost)

**2. Wie häufig stillst du ungefähr in 24 Stunden?**

- mehr als 8-mal
- 4-8-mal
- weniger als 4-mal

**3. Welche Stillmahlzeiten möchtest du als Erstes reduzieren/ersetzen?**

- nachts
- tagsüber
- je nach Situation unterschiedlich

**4. Gibt es bestimmte Gründe für das Abstillen? (Mehrfachauswahl möglich)**

- Ich möchte mein Kind langsam ans Abstillen gewöhnen
- Mein Kind fordert die Brust sehr häufig ein
- Ich habe das Gefühl, dass das Stillen mich belastet
- Ich muss/will aus beruflichen Gründen abstillen
- medizinische Gründe (z. B. Medikamente, Gesundheit)
- Ich habe Schmerzen oder andere Beschwerden beim Stillen
- andere Gründe: \_\_\_\_\_

**5. Hast du bereits versucht, das Stillen zu reduzieren oder abzustillen?**

- Ja, mit welcher Methode? \_\_\_\_\_
- Nein, das ist mein erster Versuch

**6. Wie reagiert dein Kind, wenn es nicht gestillt wird?**

- akzeptiert es gut



- unruhig, lässt sich aber ablenken
- reagiert mit starkem Protest

**7. Gibt es besondere Herausforderungen beim Stillen oder Abstillen?**

- Einschlafen nur mit Stillen möglich
- sehr häufiges nächtliches Stillen
- Stillen als Trost oder Beruhigung
- Mein Kind lehnt Alternativen (Flasche, Becher, Nahrung) ab
- Andere: \_\_\_\_\_

**8. In welchen Situationen oder zu welchen Gelegenheiten stillt dein Kind aktuell noch? (Mehrfachauswahl möglich)**

- zum Einschlafen (tagsüber oder abends)
- nach dem Aufwachen (morgens oder nach dem Mittagsschlaf)
- nach Bedarf über den Tag verteilt
- nachts zur Beruhigung
- bei Unwohlsein, Krankheit oder Zahnen
- zur Beruhigung bei Stress oder Frustration
- in bestimmten Routinen oder Übergangssituationen (z. B. nach der Kita, bei Trennung von Mama)
- sonstige Situationen: \_\_\_\_\_

**Ernährung & Schlafverhalten**

**9. Isst dein Kind bereits feste Nahrung?**

- Ja, vollständig
- Ja, aber eher kleine Mengen
- Nein, das Stillen ist noch die Hauptnahrungsquelle

**10. Bekommt dein Kind zusätzlich Ersatzmilch (Formulanahrung)?**

- Ja, regelmäßig
- gelegentlich
- Nein

**11. Wie schläft dein Kind aktuell?**

- allein im eigenen Zimmer
- schläft bei mir/im Familienbett
- häufiges nächtliches Stillen zum Wiedereinschlafen
- andere Schlafgewohnheiten: \_\_\_\_\_

**12. Wenn dein Kind nachts stillt, wie ist das Trinkverhalten?**

- trinkt aktiv und ruft regelmäßig Milch ab (satt trinken)
- nuckelt eher zur Beruhigung und zum Wiedereinschlafen
- eine Mischung aus beidem, je nach Nacht



## Sonstiges & Wünsche zur Beratung

### 13. Was ist dein Ziel beim Abstillen?

- komplettes Abstillen
- teilweises Abstillen (nur noch bestimmte Stillzeiten)

### 14. Bis wann möchtest du abgestillt haben?

- so schnell wie möglich
- maximal 3 Monate
- maximal 6 Monate
- Ich habe kein konkretes Ziel

### 15. Nimmst dein Kind einen Schnuller?

- Ja
- Nein

### 16. Hat dein Kind bereits alle 20 Milchzähne?

- Ja
- Nein

### 17. Wird dein Kind auch von anderen Personen betreut als von dir?

- Ja, von \_\_\_\_\_
- Nein

### 18. Geht dein Kind in die Kita und wie lange?

- Ja, \_\_ Stunden pro Tag/Woche
- Nein

### 19. Gibt es noch etwas, das du mir vorab mitteilen möchtest?

---

---

---

## Vielen Dank für das Ausfüllen!

Ich freue mich auf unser Gespräch und darauf, dich individuell beim Abstillen zu unterstützen.