

ANAMNESEBOGEN ERNÄHRUNG

Zu- und Vorname des Kindes: _____ Vers.Nr./geb: _____

Natürliche Geburt Kaiserschnitt

Wird bzw. wurde das Kind gestillt? ja nein

Stillen bzw. Flasche bis zu welchem Lebensmonat? _____

Häufigkeit der Still- bzw. Flaschenmahlzeiten: untertags: _____ nachts: _____

Start der Beikost in welchem Lebensmonat? ___ Brei Stückig/feste Nahrung/baby lead weaning

Häufigkeit der Mahlzeiten/Zwischenmahlzeiten: _____ x pro Tag

Abstände zwischen Mahlzeiten _____ Stunden

Bestimmte Konsistenzen, die gemieden werden: _____

Beschreiben Sie bitte, woraus typischerweise die folgenden Mahlzeiten bei Ihrem Kind bestehen:

Frühstück + Getränk:

Mittagessen + Getränk:

Abendessen + Getränk:

Jause/Snack + Getränk: (wann und wie oft)

Nimmt ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel /Vitaminpräparate? Bitte anführen: _____

Datum

Unterschrift gesetzliche/r VertreterIn