

VORAB-FRAGEBOGEN – Stillende**Klientendaten (bitte vollständig ausfüllen)**

- Name: _____
- Anschrift: _____
- PLZ / Ort: _____
- Telefonnummer: _____
- E-Mail: _____

Warum dieser Vorab-Fragebogen wichtig ist

Bevor wir mit deiner Beratung für Stillende starten, bekommst du die Möglichkeit, einen kurzen, aber sehr aussagekräftigen Fragebogen auszufüllen.

Damit kann ich unser Gespräch gezielt auf deine individuellen Bedürfnisse zuschneiden – ohne unnötige Standardfragen.

Deine Vorteile:

- Du reflektierst dein eigenes Wissen bereits im Vorfeld.
- Wir sparen wertvolle Beratungszeit.
- Wir können direkt an den Punkten ansetzen, die dich wirklich weiterbringen.
- Du legst den Grundstein für schnellere und effektivere Ergebnisse.

Psychologischer Bonus:

Allein das Ausfüllen des Fragebogens aktiviert dein Bewusstsein für Ernährung, Gesundheit und Lebensstil. Für viele ist das bereits der erste starke Motivationsschub.

Dein Input = Dein Fortschritt.

Fülle die Checkliste ehrlich und ohne Druck aus — sie dient nicht zur Bewertung, sondern als Grundlage für deinen persönlichen Weg.

Rücksendung deines ausgefüllten Fragebogens

Info@colsmann-coaching.de

oder

WhatsApp 01573 / 7586766

Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Energiezufuhr & Grundversorgung

- | | J | N | T |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich achte auf eine ausgewogene, frische Ernährung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich berücksichtige meinen erhöhten Energiebedarf (+ ca. 500 kcal). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich esse regelmäßig über den Tag verteilt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich integriere nährstoffreiche Snacks (z. B. Nüsse, Obst, Quark). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich wähle komplexe Kohlenhydrate und vermeide Zuckerpeaks. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich achte auf ausreichend Eiweiß (z. B. Milchprodukte, Hülsenfrüchte, Eier). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich nehme gesunde Fette auf (Omega-3, Avocado, Nüsse). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich meide stark verarbeitete Produkte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich plane mehrere kleine Mahlzeiten ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich vermeide Crash-Diäten während der Stillzeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Flüssigkeitsversorgung

- | | J | N | T |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Ich trinke ausreichend Wasser (zusätzlich pro Stillmahlzeit). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ich habe Wasser oder Tee immer griffbereit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich trinke regelmäßig über den Tag verteilt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ich trinke vor allem Wasser und ungesüßten Tee. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich meide Softdrinks und zuckerhaltige Getränke. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ich trinke zusätzlich zu meinem Durstempfinden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich erkenne frühzeitig Anzeichen von Dehydrierung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ich trinke auch bei Müdigkeit und Stress ausreichend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ich plane meine Flüssigkeitszufuhr aktiv ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich nutze Getränke bewusst zur Unterstützung der Milchbildung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Milchbildungsfördernde Ernährung

- | | J | N | T |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Ich integriere Hafer regelmäßig in meine Ernährung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ich trinke bei Bedarf milchbildungsfördernde Tees (z. B. Fenchel, Anis). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ich achte auf eine regelmäßige Kalorienzufuhr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ich vermeide Fastenphasen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Ich vermeide übermäßigen Stress beim Essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Ich achte auf ausreichend gesunde Fette für die Milchqualität. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Ich reduziere Alkohol komplett. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Ich achte darauf, nicht zu wenig zu essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ich esse proteinreich, um meine Milchbildung zu unterstützen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Ich kenne Lebensmittel, die die Milchbildung fördern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mikronährstoffe & Sicherheit

	J	N	T
31. Ich nehme Jod ausreichend über Nahrung oder Supplemente auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich achte auf Omega-3-Fettsäuren (z. B. Algenöl, Fisch).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich sorge für ausreichende Calciumzufuhr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich achte auf Vitamin D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich lasse ggf. Blutwerte kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich bespreche Supplemente mit Arzt oder Hebamme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich vermeide wahllose Supplemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich meide Alkohol konsequent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich achte auf mögliche Lebensmittelunverträglichkeiten beim Baby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ich reduziere Koffein auf ein Minimum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verträglichkeit & Alltag

	J	N	T
41. Ich achte auf leicht verdauliche Mahlzeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Ich beobachte, welche Lebensmittel das Baby gut verträgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ich reduziere blähende Speisen, wenn nötig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ich habe einfache Mahlzeiten vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ich plane meine Mahlzeiten um Stillzeiten herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Ich achte darauf, regelmäßig zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Ich esse bewusst und nicht im Stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Ich esse nicht nebenbei mit Ablenkung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Ich passe mein Essverhalten an Müdigkeit und Alltag an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ich habe feste, einfache Ernährungsrouterinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Regeneration, Sicherheit & Selbstfürsorge

	J	N	T
51. Ich sorge für ausreichend Flüssigkeit und Energie zur Regeneration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ich ruhe mich ausreichend aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ich esse regelmäßig, um Erschöpfung vorzubeugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ich achte auf mein Körpergefühl und passe Ernährung an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ich bitte um Unterstützung, um ausgewogen essen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Ich halte meine Ernährung stressfrei und praktikabel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ich vermeide restriktive Diäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ich kombiniere Ernährung mit Bewegung, sobald möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Ich achte auf Hygiene beim Umgang mit Lebensmitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Ich sehe Ernährung als wichtigen Bestandteil meiner Erholung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

