

Name:
Geburtsdatum:

Geburt von:
Entbindungsdatum:

Messung: rektal vaginal oral
Thermometer: analog digital

	Geburt	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Monat/Wochentag																																
Datum																																
Wochenfluss/Blutung																																
X 37,5 4 3 2 1 S 37,0 9 8 7 6 36,5 4 3 2 36,1																																
Störungen																																
Uhrzeit																																
Muttermund- h/w untersuchung o mit V : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																
S am Muttermund																																
Stillhäufigkeit																																
Gesamtstildauer in Min.																																
Stillpausen in Stunden Beikost Fläschchen																																
persönliche Bemerkungen																					S-Beobachtungen täglich Temperaturmessungen: - bei vollem Stillen sporadisch - bei teilweisem und nicht Stillen täglich Nicht-Stillende: Höhepunktsregel											

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
Monat/Wochentag																															
Datum																															
Wochenfluss/Blutung																															
X 37,5 4 3 2 S 1 37,0 9 8 7 6 36,5 4 3 2 36,1																															
	Störungen																														
	Uhrzeit																														
Muttermund- h/w untersuchung o mit V : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																															
S am Muttermund																															
Stillhäufigkeit																															
Gesamtstilldauer in Min.																															
Stillpausen in Stunden Beikost Fläschchen																															
persönliche Bemerkungen	bis Tag 42: <u>bei vollem und teilweisem Stillen:</u> unfruchtbar												ab Tag 43: <u>bei teilweisem Stillen:</u> fruchtbare Tage möglich Höhepunktsregel bis zur ersten Menstruation weiterhin unfruchtbar <u>bei vollem Stillen:</u> täglich Bedingungen für volles Stillen überprüfen																		

	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90				
Monat/Wochentag																																		
Datum																																		
Wochenfluss/Blutung																																		
X 37,5 4 3 2 1 S 37,0 9 8 7 6 36,5 4 3 2 36,1																																		
	Störungen																																	
	Uhrzeit																																	
Muttermund- untersuchung mit V : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																		
S am Muttermund																																		
Stillhäufigkeit																																		
Gesamtstildauer in Min.																																		
Stillpausen in Stunden Beikost Fläschchen																																		
persönliche Bemerkungen											ab Tag 71: <u>auch bei vollem Stillen:</u> - täglich S beobachten und Temperatur messen - in und nach S-Phasen: Muttermund- untersuchung mit Ausstreichen hilfreich										bis Tag 84: nur bei <u>vollem Stillen</u> unfruchtbar					ab Tag 85: - fruchtbare Tage möglich - Höhepunktsregel bis zur 1. Menstruation								

	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120		
Monat/Wochentag																																
Datum																																
Wochenfluss/Blutung																																
X 37,5 4 3 2 1 S 37,0 9 8 7 6 36,5 4 3 2 36,1																																
	Störungen																															
	Uhrzeit																															
	Muttermund- h/w untersuchung o mit V : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																															
S am Muttermund																																
Stillhäufigkeit																																
Gesamtstildauer in Min.																																
Stillpausen in Stunden Beikost Fläschchen																																
persönliche Bemerkungen																																

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			
Monat/Wochentag																																	
Datum																																	
Wochenfluss/Blutung																																	
X 37,5 4 3 2 1 S 37,0 9 8 7 6 36,5 4 3 2 36,1																																	
	Störungen																																
	Uhrzeit																																
Muttermund- h/w untersuchung o mit V : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																																	
S am Muttermund																																	
Stillhäufigkeit																																	
Gesamtstildauer in Min.																																	
Stillpausen in Stunden Beikost Fläschchen																																	
persönliche Bemerkungen																																	