Beratungsbogen

	ELTERNTEIL 1	ELTERNTEIL 2	KIND
Vorname:			
Nachname:			
Alter:			
Kleidungsgröße:			
Größe:			
Gewicht:			
Mögliche Behinderung, Verletzung oä:			
	☐ Ich stille ☐ Ich bin schwanger	☐ Ich stille ☐ Ich bin schwanger	

Adresse:	
PLZ, Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Andere wichtige Infos:	

ABLAUF DER BERATUNG

☐ Einzelberatung ☐ Erstberatung

☐ Paarberatung ☐ Folgeberatung

Warum möchtest du eine Trageberatung?

Was möchtest du sehen/ausprobieren? ☐ Tuch ☐ Tragehilfe

Vorhandene Tragehilfe / Tragetuch ☐ Ja ☐ Nein Welche?: (Marke und Modell)

ZUSATZINFOS

Wie hast du mich gefunden?

Wollen wir uns siezen oder duzen?

Ich bezahle ☐ Bar ☐ mit Karte

☐ Ich habe die AGBs von Die sichere Bindung gelesen und bin damit einverstanden.