Lilli

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name/-n : | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Datum : | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Schwangerschaftswoche / Tage nach der Geburt: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Geschwisterkind/-er: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Meine Erinnerung…  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Schmerzhafteste Aussage: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Antwort | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Dabei gedacht: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hilfreiche Aussage/Aktivität: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| „Was“ oder „Wie „es mir geholfen hat: | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |