

Ergänzender Fragebogen Schlafstörungen

Vorinformationen

Hat Ihr Kinderarzt medizinische Probleme festgestellt, die Schlafprobleme verursachen könnten? Gibt es medizinische Einwände, besser zu schlafen (bezogen auf das Alter, Gewicht, die Entwicklung etc.)?

ja – welche?

.....

.....

nein

Haben sie Bücher zum Thema Kinderschlaf gelesen?

ja – welche?

.....

nein

Welche Methoden haben sie bisher versucht, um die Schlafprobleme zu lösen?

.....

.....

Haben Sie andere Kinder, die auch Schlafprobleme haben/hatten?

ja – welche?

nein

Eltern

Können Sie schlafen während ihr Kind schläft?

nie/selten

manchmal

häufig

immer

Haben sie ausreichend Appetit?

nie/selten

manchmal

häufig

immer

Sind Sie anhaltend ängstlich/besorgt/unruhig?

nie/selten

manchmal

häufig

immer

Wenn ihr Kind bei Ihnen schläft, empfinden sie dies als problematisch/störend?

nie/selten

manchmal

häufig

immer

Verfolgen beide Elternteile das gleiche Ziel, dass ihr Kind schlafen lernt?

nie/selten

manchmal

häufig

immer

Beruhigungsmöglichkeiten

saugt am Finger/Daumen

Schnuller

Kuscheltier

andere

Kann sich ihr Kind selbst beruhigen?

nein

ja – wie?

Körperliche Bedingungen

Das Kind hat seinen ersten Zahn seit dem Monat.

Gab es Probleme beim Zahnen?	nein	ja		
Schnarcht ihr Kind?	nein	ja	manchmal	weiß nicht
Atmet ihr Kind durch den Mund?	nein	ja	manchmal	weiß nicht
Hat ihr Kind einen unruhigen Schlaf?	nein	ja	manchmal	weiß nicht
Ist ihr Kind bei Dunkelheit ängstlich?	nein	ja	manchmal	weiß nicht
Schwitzt ihr Kind beim Schlafen?	nein	ja	manchmal	weiß nicht
Gibt/gab es Reflux oder Koliken?	nein	ja	manchmal	weiß nicht
Hat/hatte ihr Kind Ohreninfektionen?	nein	ja	manchmal	weiß nicht
Hat ihr Kind Allergien/Asthma?	nein	ja	manchmal	weiß nicht
Hat ihr Kind Alpträume?	nein	ja	manchmal	weiß nicht

Symptomatik

Seit wann hat ihr Kind Schlafprobleme?			
Wo und in welchem Bett/mit wem schläft ihr Kind?			
Wo schläft ihr Kind ein?			
Legen sie es danach manchmal um?	nein	ja	
Braucht ihr Kind beim Schlafen Körperkontakt?	nein	ja	
Wie lange braucht ihr Kind bis zum Einschlafen?			
Bleiben sie bis zum Einschlafen bei ihrem Kind?			
Beschreiben sie bitte kurz das Einschlafritual (Ablauf, Dauer)	nein	ja, wie lange?	
Gibt es feste Zu-Bett-Geh-Zeiten?	nein	ja, wann?	
Kann sich ihr Kind tagsüber altersentsprechend allein beschäftigen?	nein	ja	



Mein Kind ...

Schläft ausreichend	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Wirkt nach dem Aufwachen am Morgen/ nach Tagesschlafchen ausgeschlafen, erholt	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Schläft tagsüber mehr als 30 min am Stück	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Wacht mehr als 3 Mal pro Nacht auf	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Hat nächtliche Wachphasen von mehr als 20 min	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Wacht schreiend auf oder ist schwer zu beruhigen	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Findet trotz Müdigkeit nicht in den Schlaf	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Wirkt tagsüber ständig müde, gähnt, reibt sich die Augen	nie	selten	manchmal	häufig	immer

Bogen ausgefüllt am

von

Vielen Dank für Ihre Mühe und Mithilfe! Mit dem Ausfüllen bzw. der Zusendung/Bereitstellung bestätigen Sie, dass die Anmeldung des Kindes nach Information und mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt sowie, dass die geltenden Datenschutzbestimmungen anerkannt werden.