



Fragebogen zur Erfassung von Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Schlafgewohnheiten Ihres Kindes während der letzten 4 Wochen. Ihre Antworten sollten so exakt wie möglich das während dieser Zeit vorherrschende Bild des Schlafes bzw. der Tagesbefindlichkeit Ihres Kindes wiedergeben. Zutreffende Fragen sollten bitte durch genauere Angaben (Häufigkeit, Ablauf des Ereignisses usw.) ergänzt werden.

Beantworten Sie bitte alle Fragen! Zutreffendes bitte ankreuzen!

Datum:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon/ Handy:

betreuender Kinderarzt:

Vorerkrankungen: nein ja, und zwar:

Operationen: nein ja, und zwar:

Jahr der Einschulung: bei Rückstellung, Grund der Rückstellung:

Hat Ihr Kind bereits eine Klasse wiederholt? nein ja, und zwar die ___ . Klasse

Falls Ihr Kind bereits benoteten Unterricht erhält, geben Sie bitte die letzte Zeugnisnote in den folgenden Fächern an: Mathematik: Deutsch:

Fragen für Eltern mit Kinder in der Grundschule

1. Wann ist Ihr Kind während der letzten 4 Wochen abends durchschnittlich zu Bett gegangen oder gebracht worden? Wochentags: Wochenende:
2. Welche Tätigkeiten oder familiären Aktivitäten werden in den 2 Stunden vor der Schlafenszeit unternommen?
3. Mein Kind geht widerwillig zu Bett?
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
4. Wie lange braucht Ihr Kind nach dem zu Bett gehen gewöhnlich zum Einschlafen?
 weniger als 15 min 15-30 min 30-45 min 45-60 min länger als 1 h
5. Was macht Ihr Kind vor dem unmittelbaren Einschlafen, falls mindestens 30 Minuten bis zum Einschlafen vergehen?
Wie reagieren die Eltern auf die spezifische Verhaltensweise?



21. Zeigt Ihr Kind während des Schlafes schwere oder „laute Atmung“?
 ja nein weiß nicht
22. Hat Ihr Kind während des Schlafes Schwierigkeiten zu atmen oder ringt nach Luft?
 ja nein weiß nicht
23. Haben Sie je beobachtet, dass Ihr Kind während der Nacht zu atmen aufhört (> 8 Sekunden)?
 ja nein weiß nicht
24. Neigt Ihr Kind während des Tages dazu, durch den Mund zu atmen?
 ja nein weiß nicht
25. Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens erwacht?
 ja nein weiß nicht
26. Bettnässt Ihr Kind gelegentlich?
 ja nein weiß nicht
27. Fühlt sich Ihr Kind morgens nicht ausgeruht?
 ja nein weiß nicht
28. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Schläfrigkeit tagsüber?
 ja nein weiß nicht
29. Hat ein Lehrer oder eine andere Person bemerkt, dass Ihr Kind tagsüber schläfrig wirkt?
 ja nein weiß nicht
30. Ist es schwer Ihr Kind morgens zu wecken?
 ja nein weiß nicht
31. Erwacht Ihr Kind morgens mit Kopfschmerzen?
 ja nein weiß nicht
32. Hatte Ihr Kind seit der Geburt jemals eine Phase mit verzögertem Wachstum?
 ja nein weiß nicht
33. Ist Ihr Kind übergewichtig?
 ja nein weiß nicht
34. Mein Kind scheint häufig nicht zuzuhören, wenn man es direkt anspricht.
 trifft nicht zu trifft ein wenig zu trifft überwiegend zu trifft die meiste Zeit zu
35. Mein Kind hat häufig Schwierigkeiten sich auf Aufgaben und Aktivitäten zu konzentrieren?
 trifft nicht zu trifft ein wenig zu trifft überwiegend zu trifft die meiste Zeit zu
36. Mein Kind ist häufig durch äußere Reize leicht abzulenken.
 trifft nicht zu trifft ein wenig zu trifft überwiegend zu trifft die meiste Zeit zu
37. Mein Kind zappelt häufig mit Händen oder Füßen und kann nicht still sitzen (Zappelphilipp).
 trifft nicht zu trifft ein wenig zu trifft überwiegend zu trifft die meiste Zeit zu
38. Mein Kind ist häufig in Bewegung oder verhält sich wie aufgezogen.
 trifft nicht zu trifft ein wenig zu trifft überwiegend zu trifft die meiste Zeit zu



39. Mein Kind unterbricht oder stört andere häufig (z. B. in Gesprächen oder Spielen)
 trifft nicht zu trifft ein wenig zu trifft überwiegend zu trifft die meiste Zeit zu
40. Mein Kind ist häufig: schlapp, teilnahmslos, still und in sich gekehrt, aggressiv,
 ängstlich, traurig, solche Zustände sind selten
41. Schwitzt ihr Kind im Schlaf (trotz normaler Raumtemperatur) so stark,
dass das Kissen unter dem Kopf bzw. die Haare feucht sind?
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
 während des Einschlafens während der Nacht
42. Traten im Schlaf ungewöhnliche Körperpositionen ein
(z. B. Überstrecken des Kopfes oder Knie-Ellenbogen-Lage)? ja nein
Beschreibung:
43. Mein Kind zuckt im Schlaf wiederholt mit den Beinen, verändert während der Nacht
mehrfach seine Schlafposition oder strampelt?
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
44. Hat Ihr Kind Schmerzen oder Missempfindungen wie Ameisenlaufen
in den Beinen? ja nein
Wenn ja – sind diese verstärkt in Ruhe oder abends?
45. Traten Alpträume auf, an die sich das Kind erinnern konnte?
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
46. Verließ das Kind nachts das Bett, lief herum und war sich dessen
aber nicht bewusst?
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
47. Mein Kind wacht schreiend oder verwirrt aus dem Schlaf auf, wobei ich den Eindruck habe,
dass ich nicht zu ihm durchdringen kann. Am nächsten Morgen kann sich mein Kind nicht an
die Situation erinnern.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
48. Mein Kind zeigt rhythmische Bewegungen im Schlaf oder beim Einschlafen wie z.B. Wippen
oder Kopfschütteln
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
49. Ich habe beobachtet, wie mein Kind im Schlaf spricht.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
50. Mein Kind knirscht im Schlaf mit den Zähnen.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich



51. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein (inkl. pflanzliche, homöopathische)? Wenn ja, welche? ja nein
52. Bestanden Lärm- oder Lichtbelästigung? ja nein
53. Schief Ihr Kind mit anderen Personen oder Tieren im Zimmer? ja nein
54. Gibt es im Zimmer Ihres Kindes einen Fernseher / Computer / Spielkonsole? ja nein
Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind an einem Wochentag durchschnittlich vor dem Fernseher? ... Stunden; dem Computer? ... Stunden; der Spielkonsole? ... Stunden
55. Konnten Sie bei Ihrem Kind Lernprobleme/ Konzentrationsstörungen in der Schule beobachten? ja nein
56. Mein Kind neigt zu: Bronchitis, Atembeschwerden, Hautjucken, verstopfter Nase ,
 Hauterscheinungen, Augentränen, Augenrötung, , Niesen
Besteht eine tageszeitliche Bindung? nein ja, und zwar
57. Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer oder logopädischer Behandlung, wenn ja warum? ja nein
58. Mein Kind schläft plötzlich in unangebrachten Situationen ein?
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
Verlor es dabei die Körperkontrolle und sank zu Boden? ja nein
Zeigte es dabei ungewöhnliche Körperbewegungen? ja nein
Berichtete es dabei von ungewöhnlichen Dingen? ja nein
59. Leidet jemand in Ihrer Familie an schlafbezogenen Atmungsstörungen, z.B. sog. Schlafapnoesyndrom? ja nein
Wenn ja, wer?
60. Sind Schlafstörungen (z.B. Schlafsucht, Schlafwandeln, Alpträume, nächtliche Terroranfänge) bei anderen Familienmitgliedern bekannt? ja nein
Wenn ja, wer?
Welche Art von Schlafstörungen?
61. Gibt es bei Ihrem Kind oder in der Familie Epileptiker und/ oder Personen , die an Fieberkrämpfen leiden oder gelitten haben? ja nein
Wenn ja, wer?