



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:

Fragen für Eltern mit Kind älter als 24 Monate bis 6 Jahre

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. Wo schläft Ihr Kind nachts in der Regel?
 im Kinderzimmer im eigenen Bett im Elternschlafzimmer im Elternbett
 woanders, und zwar:
5. Schläft Ihr Kind nachts mit anderen Personen oder Tieren im Zimmer? ja nein
Wenn ja mit was?
6. Bestehen nächtliche Lärm- oder Lichtbelästigung? ja nein
7. Wenn Sie ihr Kind zu Bett bringen, bleiben Sie dann normalerweise so lange am Bett, bis es eingeschlafen ist?
 ich bleibe am Bett ich verlasse den Raum vorher
8. Hat Ihr Kind ein Einschlafritual?
 nein ja, und zwar ... es dauert: ... Minuten



23. Musste das Kind nachts zur Toilette und Wasser lassen? ja nein
24. Schnarcht Ihr Kind während des Schlafes mehr als die Hälfte der Zeit?
 ja nein weiß nicht
25. Schnarcht Ihr Kind während des Schlafes immer?
 ja nein weiß nicht
26. Schnarcht Ihr Kind während des Schlafes laut?
 ja nein weiß nicht
27. Zeigt Ihr Kind während des Schlafes schwere oder „laute Atmung“?
 ja nein weiß nicht
28. Hat Ihr Kind während des Schlafes Schwierigkeiten zu atmen oder ringt nach Luft?
 ja nein weiß nicht
29. Haben Sie je beobachtet, dass Ihr Kind während der Nacht zu atmen aufhört (> 8 Sekunden)?
 ja nein weiß nicht
30. Neigt Ihr Kind während des Tages dazu, durch den Mund zu atmen?
 ja nein weiß nicht
31. Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens erwacht?
 ja nein weiß nicht
32. Bettnässt Ihr Kind gelegentlich?
 ja nein hat Windel weiß nicht
33. Fühlt sich Ihr Kind morgens nicht ausgeruht?
 ja nein weiß nicht
34. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Schläfrigkeit tagsüber?
 ja nein weiß nicht
35. Hat ein Erzieher oder eine andere Person bemerkt, dass Ihr Kind tagsüber schläfrig wirkt?
 ja nein weiß nicht
36. Ist es schwer Ihr Kind morgens zu wecken?
 ja nein weiß nicht
37. Erwacht Ihr Kind morgens mit Kopfschmerzen?
 ja nein weiß nicht
38. Hatte Ihr Kind seit der Geburt jemals eine Phase mit verzögertem Wachstum?
 ja nein weiß nicht
39. Ist Ihr Kind übergewichtig?
 ja nein weiß nicht
40. 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



41. 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
42. Mein Kind ist häufig durch äußere Reize leicht abzulenken.
 trifft nicht zu trifft ein wenig zu trifft überwiegend zu trifft die meiste Zeit zu
43. 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
44. 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
45. 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
46. Mein Kind ist häufig: schlapp, teilnahmslos, still und in sich gekehrt, aggressiv, ängstlich, traurig, solche Zustände sind selten
47. 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
48. Traten im Schlaf ungewöhnliche Körperpositionen ein (z. B. Überstrecken des Kopfes oder Knie-Ellenbogen-Lage)? ja nein
Beschreibung:
49. 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
50. Hat Ihr Kind Schmerzen oder Missempfindungen wie Ameisenlaufen in den Beinen? ja nein
Wenn ja – sind diese verstärkt in Ruhe oder abends?
51. 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
52. 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
53. 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



54. 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
55. Ich habe beobachtet, wie mein Kind im Schlaf spricht.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
56. Mein Kind knirscht im Schlaf mit den Zähnen.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
57. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein (inkl. pflanzliche, homöopathische)? Wenn ja, welche? ja nein
58. Konnten Sie bei Ihrem Kind Konzentrationsstörungen in der Kindereinrichtung beobachten? ja nein
59. Wie oft traten Infekte (Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung etc.) bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten auf? nicht etwa 1- 7 mal 8 mal und öfter
60. Mein Kind neigt zu: Bronchitis, Atembeschwerden, Hautjucken, verstopfter Nase ,
 Hauterscheinungen, Augentränen, Augenrötung, Niesen
Besteht eine tageszeitliche Bindung? nein ja, und zwar
61. Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer oder logopädischer Behandlung, wenn ja warum? ja nein
62. 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
63. Leidet jemand in Ihrer Familie an schlafbezogenen Atmungsstörungen, z.B. sog. Schlafapnoesyndrom? ja nein
Wenn ja, wer?
64. Sind Schlafstörungen (z.B. Schlafsucht, Schlafwandeln, Alpträume, nächtliche Terroranfälle) bei anderen Familienmitgliedern bekannt? ja nein
Wenn ja, wer?
Welche Art von Schlafstörungen?
65. 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?