

Fragebogen zur Bestimmung der Notwendigkeit der Schlaflaboruntersuchung für Säuglinge des Kinderschlaflabors im Klinikum Südstadt Rostock

Liebe Eltern, bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, nach jeder Frage finden Sie Platz für evtl. nähere Erläuterungen. Einige Daten finden Sie im gelben Untersuchungsheft Ihres Kindes oder in Ihrem Mutterschaftspass.

Name des Kindes: Vorname:
Geburtsdatum: Geburtsort:
Adresse:

Telefonnr.:
Einweisende/r Kinderarzt/ -ärztin:

Geburtsjahr der Mutter:
Dieses Baby war meine Schwangerschaft.

Geburtsjahre der Geschwister dieses Baby bzw. Jahresangabe bei Abort
oder Totgeburten (mit entsprechendem Vermerk)

Rauchverhalten der Mutter: Nichtraucher täglich etwa Zigaretten
Rauchverhalten des Vaters: Nichtraucher täglich etwa Zigaretten

Erkrankungen in der Schwangerschaft mit ihrem Baby:
 Harnwegsinfekt Gestose (Schwangerschaftsvergiftung) Diabetes
 Bluthochdruck andere, und zwar

Dieses Baby ist: eine Frühgeburt keine Frühgeburt, geboren in der ... SS- woche
Geburtsgewicht des Babys: APGAR nach 5 Minuten:

Die Geburt erfolgte spontan spontan aus Beckenendlage
 mit Zange mit Saugglocke durch Kaiserschnitt
(falls die letzten drei Grund für diese Art der Entbindung:

1. Wurde die Geburt des Kindes mit wehenfördernden Mitteln eingeleitete, bestanden schon während der Schwangerschaft Wehen oder war der Blasenprung früher als 18 Stunden vor der Geburt ihres Kindes? ja nein
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

2. Traten bei diesem Baby nach der Geburt Komplikationen oder Krankheiten auf, die eine Verlegung in eine Neugeborenenintensivstation oder Beobachtungsstation erforderten? Wenn ja, bitte genauere Angaben. ja nein
.....

3. Hatte Ihr Baby nach der Geburt eine so starke Gelbsucht, dass eine Fototherapie notwendig war? ja nein

4. Hatte Ihr Baby Trinkschwierigkeiten, wie auffallende Ermüdbarkeit, Ungeschicklichkeit beim Saugen, Atemlosigkeit, häufiges Verschlucken,



Speien, Erbrechen, bzw. wird ihr Baby während des Trinkens blau um den Mund? (Zutreffendes unterstreichen) ja nein

5. Konnten Sie bei Ihrem schlafenden Baby viele oder auffällig lange Atempausen (über 8 Sekunden) beobachten? ja nein

6. Hat sich die Gesichtshaut Ihres Babys schon einmal blau verfärbt, z.B. im Mund- und Nasebereich während des Trinkens oder des Schlafens? (Eine Blaufärbung während des Schreiens ist nicht gemeint!) ja nein

7. Schwitzt Ihr Baby im Schlaf (trotz normaler Raumtemperatur) so stark, dass das Kissen unter de Kopf bzw. die Haare feucht sind? Kreuzen Sie auch „Ja“ an, wenn Sie nur selten diese Beobachtung machen. ja nein

8. Ist Ihr Baby besonders schreckhaft? ja nein

9. Ist Ihr Kind im Schlaf auffallend blass? ja nein

10. Konnten Sie bei Ihrem Baby eine behinderte Nasenatmung (z.B. Schnarchen) feststellen? ja nein

11. Ist Ihr Baby auffallend ruhig (z.B. Ist es ihm gleichgültig, wenn es die Brust / Flasche etwas später bekommt oder den Schnuller verliert), bzw. ist es bewegungsarm (z.B. strampelt es wenig, vor allem , wenn es ausgezogen ist)? (Zutreffendes bitte unterstreichen) ja nein

12. Hat Ihr Baby schon einmal so tief geschlafen, dass Sie Mühe hatten, es zu wecken? ja nein

13. Ist in Ihrer Familie oder nahen Verwandtschaft jemals ein Säugling plötzlich und unerwartet verstorben? Wenn ja, bitte Verwandtschaftsgrad, Todesjahr, Geschlecht, Alter, evtl. Todesursache angeben:
..... ja nein

14. Hat Ihr Kind andere bisher nicht aufgeführte Erkrankungen? Wenn ja welche? ja nein

15. Schläft Ihr Baby vorwiegend in Bauchlage , Seitenlage oder Rückenlage?

16. Verwenden Sie Kopfkissen, Babyfell oder Babyschlafsack? (Zutreffendes unterstreichen) ja nein

17. Wo schläft Ihr Kind? Wiege, Stubenwagen, Gitterbett, Kinderbett, elterliches Bett, eigenes Zimmer, Schlafzimmer der Eltern.

18. Welche Temperatur hat der Raum in dem Ihr Kind schläft? ca.°C

19. Wird in der Wohnung geraucht? ja nein