



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 Kindern bis 24 Monate

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 eigenen Zimmer im eigenen Bett/ Wiege im Elternschlafzimmer im Elternbett
 woanders, und zwar:
5. 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
6. Hat Ihr Kind ein Einschlafritual?
 nein ja, und zwar ... es dauert: ... Minuten
7. 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



8. Was macht Ihr Kind vor dem unmittelbaren Einschlafen ,
falls mindestens 30 Minuten bis zum Einschlafen vergehen?
Wie reagieren die Eltern auf die spezifische Verhaltensweise?
9. Mein Kind ist beim Einschlafen ängstlich und fürchtet sich
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
10. Wie oft wacht Ihr Kind nachts normalerweise auf, also zwischen 22.00 Uhr und 6. 00 Uhr?
 kein Mal ein Mal zwei Mal drei Mal vier Mal fünf Mal und mehr
11. Nachdem mein Kind in der Nacht aufgewacht ist, hat es Schwierigkeiten wieder einzuschlafen:
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
12. Bekommt ihr Kind nachts noch etwas zu trinken?
 Nein ja, wenn ja was? Wie oft?
13. Welche Beruhigungshilfen braucht Ihr Kind?
 Schnuller Flasche Daumen Kuscheltier/ - tuch anderes:
14. Einmal abgesehen von der Stillzeit, teilen Sie und Ihr Partner sich das nächtliche Beruhigen?
 ja, wir teilen uns das nein, dies übernimmt immer nur einer von beiden
15. Fühlen Sie sich durch das Schlafverhalten Ihres Kindes belastet?
 ja, sehr belastet ja, etwas belastet nein
16. Wann wachte Ihr Kind gewöhnlich morgens auf?
Wochentags: Wochenende:
17. Musste es von Ihnen geweckt werden? Wochentags: ja nein, Wochenende: ja nein
18. Mein Kind ist morgens ungewöhnlich schwer zu wecken
Wochentags nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
Wochenende nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
19. Mein Kind wacht morgens müde auf?
Wochentags nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
Wochenende nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
20. Wie viele Stunden Schlaf bekommt Ihr Kind in den meisten Nächten?
Wochentags 9-11 h 8-9 h 7-8 h 5-7 h weniger als 5 h
Wochenende 9-11 h 8-9 h 7-8 h 5-7 h weniger als 5 h
21. Wie oft macht Ihr Kind normalerweise tagsüber ein Schläfchen?
 kein Mal ein Mal zwei Mal drei Mal vier Mal fünf Mal



22. Wie viele Stunden schläft Ihr Kind üblicherweise in etwa pro Tag, also innerhalb von 24 Stunden?

- Bis 10 Stunden(h) 11 h 12 h 13 h 14 h 15 h 16 h 17 h oder mehr

23. Schnarcht Ihr Kind während des Schlafes mehr als die Hälfte der Zeit?

- ja nein weiß nicht

24. Schnarcht Ihr Kind während des Schlafes immer?

- ja nein weiß nicht

25. Schnarcht Ihr Kind während des Schlafes laut?

- ja nein weiß nicht

26. Zeigt Ihr Kind während des Schlafes schwere oder „laute Atmung“?

- ja nein weiß nicht

27. Hat Ihr Kind während des Schlafes Schwierigkeiten zu atmen oder ringt nach Luft?

- ja nein weiß nicht

28. Haben Sie je beobachtet, dass Ihr Kind während der Nacht zu atmen aufhört (> 8 Sekunden)?

- ja nein weiß nicht

29. Neigt Ihr Kind während des Tages dazu, durch den Mund zu atmen?

- ja nein weiß nicht

30. Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens erwacht?

- ja nein weiß nicht

31. Ist Ihr Kind übergewichtig?

- ja nein weiß nicht

32. 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

33. 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

34. Traten im Schlaf ungewöhnliche Körperpositionen ein

(z. B. Überstrecken des Kopfes oder Knie-Ellenbogen-Lage)?

- ja nein

Beschreibung:

35. 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

36. Hat Ihr Kind abends Schmerzen in den Beinen?

- nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich



37. Mein Kind wacht schreiend oder verwirrt aus dem Schlaf auf, wobei ich den Eindruck habe, dass ich nicht zu ihm durchdringen kann.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
38. 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
39. Ich habe beobachtet, wie mein Kind im Schlaf spricht.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
40. Mein Kind knirscht im Schlaf mit den Zähnen.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
41. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein (inkl. pflanzliche, homöopathische)? Wenn ja, welche? ja nein
42. Bestanden Lärm- oder Lichtbelästigung? ja nein
43. 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
44. Mein Kind neigt zu: Bronchitis, Atembeschwerden, Hautjucken, verstopfte Nase ,
 Hauterscheinungen, Augentränen, Augenrötung, , Niesen
Besteht eine tageszeitliche Bindung? nein ja, und zwar
45. Leidet jemand in Ihrer Familie an schlafbezogenen Atmungsstörungen, z.B. sog. Schlafapnoesyndrom? ja nein
Wenn ja, wer?
46. Sind Schlafstörungen (z.B. Schlafsucht, Schlafwandeln, Alpträume, nächtliche Terroranfänge) bei anderen Familienmitgliedern bekannt? ja nein
Wenn ja, wer?
Welche Art von Schlafstörungen?
47. Gibt es in Ihrer Familie unklare Todesfälle bei Kindern? ja nein
48. 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?