



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 älter als Grundschulalter

1. Wann ist Ihr Kind während der letzten 4 Wochen abends durchschnittlich zu Bett gegangen 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?



6. Mein Kind wacht nachts auf, wenn ja wie häufig und wann?

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

7. 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

8. Beschäftigte sich das Kind nachts mit unangemessenen Aktivitäten, wie Lesen, Fernsehen, Computer usw.?

ja nein

9. Wann wachte Ihr Kind gewöhnlich morgens auf?

Wochentags:

Wochenende:

10. Muss es von Ihnen bzw. dem Wecker geweckt werden? Wochentags: ja nein,
Wochenende: ja nein

11. 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

12. Mein Kind wacht morgens müde auf (typischer Morgenmuffel)?

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

13. 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

14. Macht Ihr Kind am Wochenende normalerweise einen Mittagsschlaf?

ja nein Dauer:

15. Musste das Kind nachts zur Toilette und Wasser lassen?

ja nein

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

ja nein weiß nicht

17. Schnarcht Ihr Kind während des Schlafes immer?

ja nein weiß nicht

18. Schnarcht Ihr Kind während des Schlafes laut?

ja nein weiß nicht

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

ja nein weiß nicht

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

ja nein weiß nicht



21. Haben Sie je beobachtet, dass Ihr Kind während der Nacht zu atmen aufhört (> 8 Sekunden)?
 ja nein weiß nicht
22. Neigt Ihr Kind während des Tages dazu, durch den Mund zu atmen?
 ja nein weiß nicht
23. Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens erwacht?
 ja nein weiß nicht
24. Bettnässt Ihr Kind gelegentlich?
 ja nein weiß nicht
25. Fühlt sich Ihr Kind morgens nicht ausgeruht?
 ja nein weiß nicht
26. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Schläfrigkeit tagsüber?
 ja nein weiß nicht
27. Hat ein Lehrer oder eine andere Person bemerkt, dass Ihr Kind tagsüber schläfrig wirkt?
 ja nein weiß nicht
28. Ist es schwer Ihr Kind morgens zu wecken?
 ja nein weiß nicht
29. Erwacht Ihr Kind morgens mit Kopfschmerzen?
 ja nein weiß nicht
30. Hatte Ihr Kind seit der Geburt jemals eine Phase mit verzögertem Wachstum?
 ja nein weiß nicht
31. Ist Ihr Kind übergewichtig?
 ja nein weiß nicht
32. 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
33. 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
34. Mein Kind ist häufig durch äußere Reize leicht abzulenken.
 trifft nicht zu trifft ein wenig zu trifft überwiegend zu trifft die meiste Zeit zu
35. 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
36. 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
37. 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
38. Mein Kind ist häufig: schlapp, teilnahmslos, still und in sich gekehrt, aggressiv, ängstlich, traurig, fühlt sich einsam, solche Zustände sind selten



39. 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
40. Traten im Schlaf ungewöhnliche Körperpositionen ein (z. B. Überstrecken des Kopfes oder Knie-Ellenbogen-Lage)? ja nein
Beschreibung:
41. 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
42. Hat Ihr Kind Schmerzen oder Missempfindungen wie Ameisenlaufen in den Beinen? ja nein
Wenn ja – sind diese verstärkt in Ruhe oder abends?
43. 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
44. 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
45. 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
46. 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
47. Ich habe beobachtet, wie mein Kind im Schlaf spricht.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
48. Mein Kind knirscht im Schlaf mit den Zähnen.
 nie 1-2 x / Mo 1-2 x / Wo 3-5 x / Wo nahezu täglich
49. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein (inkl. pflanzliche, homöopathische)? Wenn ja, welche? ja nein
50. Bestanden Lärm- oder Lichtbelästigung? ja nein
51. Schief Ihr Kind mit anderen Personen oder Tieren im Zimmer? ja nein



52. 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
53. Trinkt Ihr Kind an einem ganz normalen Tag koffeinhaltige Getränke (Cola, schwarzer Tee, Kaffee, Eistee, Red Bull u.a.) ja nein
54. Raucht Ihr Kind oder benutzt es andere Tabakwaren? ja nein
55. Nimmt Ihr Kind Drogen? ja nein
56. Macht Ihr Kind außerhalb des Schulsports Sport? nein ja, wenn ja was und wie oft?
57. Konnten Sie bei Ihrem Kind Lernprobleme/ Konzentrationsstörungen in der Schule beobachten? ja nein
58. Mein Kind neigt zu: Bronchitis, Atembeschwerden, Hautjucken, verstopfter Nase, Hauterscheinungen, Augentränen, Augenrötung, Niesen
Besteht eine tageszeitliche Bindung? nein ja, und zwar
59. Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer oder logopädischer Behandlung, wenn ja warum? ja nein
60. 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
61. Leidet jemand in Ihrer Familie an schlafbezogenen Atmungsstörungen, z.B. sog. Schlafapnoesyndrom? ja nein
Wenn ja, wer?
62. Sind Schlafstörungen (z.B. Schlafsucht, Schlafwandeln, Alpträume, nächtliche Terroranfänge) bei anderen Familienmitgliedern bekannt? ja nein
Wenn ja, wer?
Welche Art von Schlafstörungen?
63. 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?