

# Schlafsprechstunde

Dr. J. Barben / Dr. O. Hasselmann

## FRAGEBOGEN ZUR ABKLÄRUNGEN VON KINDLICHEN SCHLAFSTÖRUNGEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Beruf des **Vaters**: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Raucher?  ja  nein

Schnarchen?  ja  nein

Rachen- und/oder Gaumenmandel entfernt?  ja  nein

Beruf der **Mutter**: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Raucher?  ja  nein

Schnarchen?  ja  nein

Rachen- und/oder Gaumenmandel entfernt?  ja  nein

Schnarchen bei **Geschwisterkindern**?  ja  nein

Gibt es in ihrer Familie Verwandte mit neurologischen Erkrankungen (z.B. Epilepsie) ?  ja  nein

wenn ja, wer und welche ? \_\_\_\_\_

Gibt es in ihrer Familie Allergien?  ja  nein

wenn ja, wer und welche ? \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind

Besonderheiten während Schwangerschaft oder Geburt? \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Termingeburt?  ja  nein

Aktuelle Beschwerden des Kindes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Wachstums- Gewichtsprobleme**  ja  nein  
**Appetit:**  gut  schlecht  
**Infektion im Bereiche Hals, Nasen oder Ohren?**  ja  nein  
**Häufig laufende oder verstopfte Nase:**  ja  nein  
 wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
**Abklärung beim ORL/HNO-Spezialisten?**  ja wann? \_\_\_\_\_  nein  
**Rachen- und/oder Gaumenmandel entfernt?**  ja wann? \_\_\_\_\_  nein  
**Hörstörung?**  ja  nein  
 wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
**Asthma, Allergien?**  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Schlafangaben zu ihrem Kind

- Schläft ihr Kind alleine?**  ja  nein  
 teilt sein Zimmer mit \_\_\_\_\_  
 kommt um \_\_\_\_\_ Uhr ins Elternbett  
**Um welche Uhrzeit geht ihr Kind unter der Woche zu Bett?** \_\_\_\_\_ Uhr  
**Um welche Uhrzeit geht ihr Kind am Freitag oder Samstag zu Bett?** \_\_\_\_\_ Uhr  
**Wie viel Minuten braucht ihr Kind durchschnittlich bis zum Einschlafen?** \_\_\_\_\_ Min.  
**Um welche Uhrzeit wacht ihr Kind unter der Woche auf?** \_\_\_\_\_ Uhr  
**Um welche Uhrzeit wacht ihr Kind am Wochenende oder in den Ferien auf?** \_\_\_\_\_ Uhr  
**Durchschnittliche Schlafdauer in der Nacht?** \_\_\_\_\_ Std.  
**Atmet ihr Kind im Schlaf meistens durch**  die Nase  eher durch den Mund  
**Ist ihr Kind hyperaktiv? (ADHS oder POS-Symptomatik)**  ja  nein  
**Andere Schlafprobleme:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	Niemals	selten	gelegentlich	häufig	fast immer
Macht ihr Kind noch einen Mittagsschlaf? Durchschnittliche Dauer: _____ Min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht ihr Kind gerne abends ins Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es ein wiederkehrendes Einschlafritual? Welches? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ihr Kind Angst, im Dunkeln einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft ihr Kind unruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berichtet ihr Kind über beängstigende Träume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ihr Kind Alpträume, an die sie /er sich am nächsten Tag nicht erinnert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wacht ihr Kind während der Nacht oft auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscht ihr Kind mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht ihr Kind während des Schlafes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachten Sie bei ihrem Kind auffällige Bewegungen während des (Ein-) Schlafens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ihr Kind schlafwandeln gesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht ihr Kind nachts ins Badezimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässt ihr Kind nachts ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft ihr Kind mit überstrecktem Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarcht ihr Kind? laut / leise? ( <u>unterstreichen</u> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzt ihr Kind vermehrt beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei ihrem Kind Atempausen im Schlaf beobachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzt ihr Kind während des Schlafes aufrecht im Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lässt sich ihr Kind morgens gut wecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ihr Kind vermehrt müde am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft ihr Kind während der Schule oder im Kindergarten ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt ihr Kind über morgendliche Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>