

### Schlaffragebogen für Säuglinge und Kleinkinder

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Körperlänge:

Gewicht:

**Haben Sie folgende Auffälligkeiten bei ihrem Kind beobachtet? (bitte ankreuzen)**

	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Nächtliches Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen am Kopf im Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Spucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atempausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blässe am Körper-wenn ja wie oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaufärbung- wenn ja wie oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrte Unruhe		
Andere merkwürdige Bewegungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Aufwachen- wenn ja wie oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafwandeln- wenn ja, wie oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Geräusche (Schreien, weinen, Gurren, Sprechen, Schüttelbewegungen) Wenn ja, wie oft???	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Einnässen (nach Windelalter)? Wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafen mit nach hinten überstrecktem Kopf



Häufige Infekte? (wenn ja, welche besonders oft)



Durchschnittliche Schlafdauer \_\_\_\_\_ Stunden/Tag  
(bitte Mittagsschlaf und Nachtschlaf angeben)

Anzahl der Unterbrechungen/ Wachphasen pro Nacht: \_\_\_\_\_

Um wieviel Uhr geht Ihr Kind für gewöhnlich ins Bett? \_\_\_\_\_

Wo schläft Ihr Kind (eigenes Bett, bei Ihnen im Bett, eigenes Zimmer, Elternschlafzimmer)?

---

---

Gibt es bei Ihnen ein Ritual vor dem Schlafengehen??  
Wenn ja, welches??

---