

# Fragebogen für Kinder

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Datum:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das durchschnittliche Schlafverhalten bzw. die durchschnittliche Schlafqualität Ihres Kindes im letzten Monat. Wenn Sie sich nicht sicher sind, wie Sie eine Frage beantworten sollen, machen Sie bitte ein Kreuz in der Spalte „?“

## 1. Einschlafen

Ja Nein ?

Hat Ihr Kind Probleme damit, ins Bett zu gehen oder einzuschlafen?

Geht Ihr Kind häufig zu unterschiedlichen Zeiten ins Bett?

Wacht Ihr Kind häufig zu unterschiedlichen Zeiten auf?

Gibt es bei der Schlafenszeit/ Aufwachzeit Ihres Kindes große Unterschiede zwischen Wochentagen und Wochenende oder zwischen den einzelnen Tagen?


## 2. Im Schlaf

Ja Nein ?

Wacht Ihr Kind nachts nach dem Einschlafen häufig auf?

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?

Atmet Ihr Kind im Schlaf laut oder schwer?

Schnarcht Ihr Kind über mehr als die Hälfte der Nachtschlafzeit?

Schnarcht Ihr Kind häufiger als in drei bis vier Nächten pro Woche?

Schnarcht Ihr Kind jede Nacht?

Schnarcht Ihr Kind laut?

Hat Ihr Kind nachts im Schlaf Probleme mit der Atmung?

Macht Ihr Kind im Schlaf Atempausen?

Hat Ihr Kind regelmäßig Alpträume, schlafwandelt es oder zeigt es andere ungewöhnliche Verhaltensweisen im Schlaf?

Nässt Ihr Kind gelegentlich im Schlaf ein?


## 3. Im Wachzustand

Ja Nein ?

Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens aufwacht?

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, morgens aufzuwachen?

Fühlt sich Ihr Kind beim Aufwachen morgens wie gerädert?

Erscheint Ihr Kind Ihnen für sein Alter tagsüber übermäßig müde oder hält es auffällig lange Nickerchen?

Wacht Ihr Kind morgens mit Kopfschmerzen auf?

Glauben Sie, dass Ihr Kind nicht genug Schlaf für sein Alter bekommt?

Hat ein Lehrer oder eine Erzieherin Sie schon einmal darauf angesprochen, dass Ihr Kind tagsüber ungewöhnlich müde wirkt?

Atmet Ihr Kind im Wachzustand häufig durch den Mund?

Wächst Ihr Kind insgesamt langsamer als ein durchschnittliches Kind in seinem Alter?

Ist Ihr Kind übergewichtig?

Bereitet es Ihrem Kind Schwierigkeiten, selbstständig altersgemäße Aufgaben und Aktivitäten auszuführen?

Scheint Ihr Kind manchmal nicht zuzuhören, wenn man es direkt anspricht?

Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken, ist unruhig oder hat Schwierigkeiten, still zu sitzen?

Ist Ihr Kind hyperaktiv?


Zusätzliche Angaben, die für die Schlafgewohnheiten Ihres Kindes relevant sein könnten:

Name(n) der Eltern: \_\_\_\_\_