

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 !

Name des Kindes: _____ **Geburtsdatum:** _____

ausgefüllt von: _____ **am:** _____

1. Wann ist Ihr Kind während der letzten 4 Wochen abends durchschnittlich zu Bett gegangen, oder gebracht worden?
2. Hatten Sie Schwierigkeiten, daß ihr Kind zu Bett geht? ja/nein
3. Wie lange hat es gewöhnlich gedauert, bis das Kind einschlief?
4. Wann wachte Ihr Kind gewöhnlich morgens auf?
Wochentags: _____ Wochenende: _____
Musste es von Ihnen geweckt werden? ja/nein
War das Kind frisch und ausgeruht? ja/nein
War das Kind schlapp und wie gerädert? ja/nein
5. Wie würden Sie die Schlafqualität Ihres Kindes bezeichnen?
6. Die durchschnittliche Schlafdauer (in Stunden/ Nacht) während des letzten Monats betrug:
7. Wachte das Kind ein- oder mehrmals in der Nacht auf? ja/nein
8. Beschäftigte sich das Kind nachts mit unangemessenen Aktivitäten wie Lesen, Fernsehen usw.? ja/nein
9. Musste das Kind nachts zur Toilette und Wasser lassen? ja/nein
10. Nässte das Kind nachts ein? ja/nein
11. Traten nachts längere Atempausen auf? ja/nein

- | | |
|---|---------|
| 12. Schnarchte das Kind in der Nacht? | ja/nein |
| Wenn ja: regelmäßiges Schnarchen ohne Atempausen | ja/nein |
| unregelmäßiges Schnarchen mit Atempausen | ja/nein |
| 13. Schwitzte das Kind in der Nacht? | ja/nein |
| 14. Traten im Schlaf ungewöhnliche Körperpositionen ein
(z.B. Überstrecken des Kopfes oder Knie-Ellebogen-Lage)? | ja/nein |
| Beschreibung: | |
| 15. Waren die Beine des Kindes im Schlaf auffällig viel in Bewegung? | ja/nein |
| 16. Traten Alpträume auf, an die sich das Kind erinnern konnte? | ja/nein |
| 17. Verließ das Kind nachts das Bett, lief herum und
war sich dessen aber nicht bewußt? | ja/nein |
| 18. Schreckte Ihr Kind im Schlaf auf, schrie oder sprach und
reagierte nicht angemessen auf Ansprache.
Morgens bestand für dieses Ereigniss keine Erinnerung? | ja/nein |
| 19. Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?
wenn ja welche? | ja/nein |
| 20. Bestanden Lärm- oder Lichtbelästigung? | ja/nein |
| 21. Schlieft Ihr Kind mit anderen Personen im Zimmer? | ja/nein |
| 22. Bestanden Konzentrationsstörungen am Tage? | ja/nein |
| 23. Bestand am Morgen eine Mundtrockenheit? | ja/nein |
| 24. Bestanden häufige Infekte (Mittelohrentzündung, Bronchitis etc.)? | ja/nein |
| 25. Bestand Tagesmüdigkeit? | ja/nein |
| 26. Hielt Ihr Kind einen Mittagsschlaf?
Dauer: | ja/nein |
| 27. Kam es vor, dass Ihr Kind am Tage plötzlich einschlief? | ja/nein |
| 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 |
| 28. Leidet jemand in Ihrer Familie an schlafbezogenen
Atmungsstörungen, z.B. sog. Schlafapnoesyndrom?
Wenn ja, wer? | ja/nein |
| 29. Sind Schlafstörungen (z.B. Schlafsucht, Schlafwandeln, Alpträume,
nächtliche Terroranfälle) bei anderen Familienmitgliedern bekannt?
Wenn ja, wer?
Welche Art von Schlafstörungen? | ja/nein |