

**Schlaffragebogen Schulkinder/ Jugendliche**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Körperlänge:

Gewicht:

	Ja	Nein
Gibt es im Zimmer ihres Kindes einen Fernseher/ Computer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange wird pro Tag etwa ferngesehen? _____Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange abends (auch Computer)? _____Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt es Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treibt Ihr Kind Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja was und wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind bei körperlicher Anstrengung gut belastbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was für eine Schule/ Klasse besucht Ihr Kind?		
Bestehen Probleme in der Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja , in welcher Form, seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist die überwiegende Schlafposition Ihres Kindes?		
Rücken, Bauch, Seite?		
Schläft Ihr Kind mit anderen Personen im Zimmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten ungewöhnliche Körperhaltungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z.B. Überstrecken des Kopfes?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie folgende Auffälligkeiten bisher beobachtet?		
Starkes Schwitzen im Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Schnarchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Atempausen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere morgendliche Erweckbarkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Müdigkeit am Tag?

Regelmäßiger Mittagsschlaf? Wenn ja wie lange \_\_\_\_\_/h

Plötzliches Einschlafen am Tag?

Vermehrte Unruhe am Tag?

Konzentrationsstörungen am Tag?

Häufige Kopfschmerzen?

Schlafwandeln?

Alpträume?

Nächtliches Aufwachen? Wenn ja wie oft?

Nächtliches Aufschreien, Aufschrecken oder Sprechen?

Nächtliches zur Toilette gehen/ Einnässen?

Häufige Infekte?

Normale zu-Bett-Geh-Zeit    wochentags \_\_\_\_\_    Wochenende \_\_\_\_\_

Einschlafdauer: \_\_\_\_\_

Durchschnittliche nächtliche Schlafdauer: \_\_\_\_\_ Stunden

Normale Aufstehzeit: wochentags \_\_\_\_\_ Wochenende \_\_\_\_\_