

Klinikum Konstanz Klinik f. Kinder und- Jugendliche mit SPZSpitalstiftung von 1225
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Freiburg**S 01****Fragebogen zu Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter**

Datum:	Patient:
Beurteiler:	Tel.:
Adresse:	
(A) Angaben zum Patienten	
Geburtsdatum:	Alter:
Größe:	Gewicht:
Berufsausbildung der Eltern:	
Mutter:	(Alter:)
Vater:	(Alter:)
Geschwister (Alter):	
1.	(Alter:)
2.	(Alter:)
3.	(Alter:)
4.	(Alter:)
Ethnischer, kultureller, religiöser Hintergrund:	
Kindergarten:	
Probleme im Kindergarten:	
Schule:	Klasse:
Aktuelle Schulleistungen:	
Schullaufbahn (Umschulung/Klassenwiederholung):	
Probleme in der Schule:	
(B) Was hat Sie veranlasst Ihr Kind bei uns vorzustellen?	

(C) Welche Freizeitaktivitäten, Interessen und Kompetenzen hat Ihr Kind?		
(D) Freunde, Gleichaltrigengruppen und Klassenkameraden Ihres Kindes		
Wie viele Freunde hat Ihr Kind (welches Alter)?		
Mögen Sie diese Freunde? wenn nein warum nicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind in Gleichaltrigengruppen integriert? Wenn ja welche Gruppen- wie oft pro Woche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wie gut ist der Kontakt zu den anderen Kindern oder Jugendlichen?		
Wie kommt Ihr Kind mit seinen Klassenkameraden/Kameraden im Kindergarten aus?		
(E) Aktuelles Schlafverhalten und Umgebungsfaktoren		
1. Abendaktivitäten:		
Zeitpunkt des Abendessens (Uhrzeit):		
Art der aufgenommenen Nahrung und der Getränke:		
Abendaktivitäten:		
Schlafmedikation:		
2. Zubettgehssituation		
Zubettgehzeit (Uhrzeit): werktags: am Wochenende:		
Licht-aus-Zeitpunkt (Uhrzeit):		
Hilfen beim Zubettgehen (beteiligte Personen, Ablauf, Regelmäßigkeit, Spielzeug, ...):		
Oppositionelle Verhaltensweisen des Kindes:		
Zubettgehritual:		
Ängste des Kindes (bzgl. Schlaf):		

3. Schlafumgebung:		
Eigenes Zimmer / eigenes Bett / andere Personen im Zimmer:		
Schlafumgebung (Temperatur, Licht, Lärm etc.):		
4. Schlafsituation:		
Ort des Einschlafens (Elternbett, Sofa etc.):		
Schlaflatenz (vom Zeitpunkt des Zubettgehens bis zum Einschlafen)	Min.:	Häufigkeit:
	Ursachen (z.B. unruhige Beine (RLS), Ängste):	
Nächtliches Erwachen:	Häufigkeit:	Zeitpunkt:
	Ursache:	Dauer:
	Schwierigkeiten des Wiedereinschlafens { z. B. Wechsel des Schlafortes):	
Nächtliche Aktivitäten (z.B. Toilettengang, Spielen, Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme):		
Verhaltensweise im Schlaf oder am Schlaf-Wach-Übergang (z.B. Alpträume, Pavor nocturnus, Schlafwandeln, Zähneknirschen, Sprechen im Schlaf, Einnehmen unüblicher Körperpositionen, rhythmische		
Häufigkeit:.. Uhrzeit: Dauer:.. (Min.)		
<i>Verhalten des Kindes:</i>		
<i>Verhalten der Eltern:</i>		
Hinweise auf eine atmungsgebunden Schlafstörung (z.B. Schnarchen, Atemaussetzer, Keuchen und Schnaufen während des Schlafes)		
Hinweise auf Restless-legs-Syndrom und/oder periodische Bewegungen der Gliedmaßen (PLMS):		
5. Aufwachsituation morgens:		
spontanes oder fremdinitiiertes Erwachen (zutreffendes bitte unterstreichen):		
Uhrzeit:	werktags:	am Wochenende:
Erweckbarkeit:		
Gesamtschlafzeit (Std.): werktags: am Wochenende:		
Längstes Intervall ununterbrochenen Schlafs:		
Erholbarkeit des Nachtschlafs:		

6. Tagesbefindlichkeit:	
Müdigkeit und spontane Einschlafneigung:	
Schlafepisoden tagsüber:	Anzahl:
	Dauer:
	Uhrzeit:
	In welchen Situationen (im Sitzen lesend, beim Unterhalten etc.):
Hinweise auf eine Narkolepsie (Schlafzwang, Kataplexie (plötzliche Muskelschwäche z. B. beim Lachen), abnormer Schlafrhythmus, Schlaf lähmung mit hypnagogen Halluzinationen):	
Konzentrations- und Leistungsfähigkeit:	
Motorische Hyperaktivität:	
Tagesablauf:	
Gemeinsame Aktivitäten in der Familie:	
(F) An welchen dieser Symptome leidet Ihr Kind außerdem?	
Bitte kreuzen Sie die Stärke auf einer Skale von 0 (gar nicht) bis 10 (sehr stark ausgeprägt) an	
Depressive Symptome (u.a. mangelndes Selbstvertrauen)	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Angst (u.a. Leistungsangst)	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Entwicklungsstörungen	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Teilleistungsschwächen	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Intelligenzminderung	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Hyperkinetisch-oppositionelle Verhaltensweisen	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Enuresis (Einnässen)	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Andere (welche?):	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(G) Welcher dieser körperlichen Faktoren trifft oder traf auf Ihr Kind zu? – Wann?	
Leidet oder litt Ihr Kind an körperlichen Beschwerden (z.B. Kopf- oder Bauchschmerzen)? Wenn ja, welche und wann?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat oder hatte Ihr Kind eine chronische Erkrankung (z.B. Neurodermitis, Asthma, Allergien)? Wenn ja, welche und seit wann?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nimmt oder nahm Ihr Kind Medikamente? Wenn ja welche und in welcher Dosierung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

(H) Entwicklungsgeschichte des Patienten:		
Schwangerschaft:		
Neugeborenenzeit:		
Entwicklung der Motorik, Sprache, Sauberkeit:		
Temperaturmerkmale im Säuglings- und Kleinkindesalter (Störungen der Nahrungsaufnahme, häufiges Schreien, Koliken, Unruhe, Belastungen der Eltern):		
Kindergartenzeit (z.B. Trennungsverhalten):		
Grundschulzeit (z.B. Lernverhalten):		
Jugendlichenalter (z.B. Pubertätsentwicklung):		
(I) Belastende Lebensereignisse (Erkrankung, Krankenhausaufenthalte, Unfälle Trennungserfahrungen, neue Familienmitglieder etc.)		
Alter	Ereignis	Reaktion des Kindes
(J) Beginn der Schlafstörungen		
Belastungen zu diesem Zeitpunkt:		
Reaktionen/Konsequenzen auf die Symptomatik:		
Verlauf:		

(K) Aktuelle Belastungen in der Familie			
Psychische Probleme und / oder Gesundheitsprobleme von Familienmitgliedern (z.B. Schlafstörungen, Suchterkrankungen, Depressionen, Essstörungen, chronische Krankheiten): Wenn ja, welche und wer?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Eheprobleme und oder Probleme mit anderen Kindern in der Familie: Wenn ja, welche?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Probleme mit Verwandten, Freunden, Nachbarn: Wenn ja, welche?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Finanzielle Probleme: Wenn ja, welcher Art?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Andere Probleme: Wenn ja, welche?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
(L) Bewältigungsversuche und ihre Erfolge; Ressourcen in der Familie			
(M) Vorbehandlungen der Schlafstörungen			
Alter (bei Beginn)	Intervention / Behandlung	Dauer (Monate)	Erfolg
(N) Krankheitskonzept und Therapieerwartungen			
Worin liegt Ihrer Ansicht nach die Ursache der Schlafstörungen (z.B. organische , familiäre, psychische Ursache)?			
Was ist nach Ihrer Meinung die erfolgversprechende Änderungsmöglichkeit (z.B. Medikamente, Kind muss sich ändern, Verminderung anderer Probleme, Veränderungen in der Familie...)?			
Bemerkungen:			

(O) Fragen zum Schlafverhalten und zur Tagesbefindlichkeit

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Schlafgewohnheiten und die Tagesbefindlichkeit Ihres Kindes in den letzten drei Monaten. Bitte versuchen Sie, alle Fragen durch Markieren des jeweilig zutreffenden Kästchens zu beantworten.

Wie zutreffend ist die Beschreibung?	nicht	etwas oder manchmal	genau oder häufig
Mein Kind treibt regelmäßig Sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind bewegt sich viel draußen an der frischen Luft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind geht jeden Abend zur selben Zeit zu Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft mit anderen Personen im Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind weigert sich abends, ins Bett zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft in seinem eigenen Bett ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind braucht uns als Eitern im Zimmer, um einschlafen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat schlafbezogene Ängste (z. B. Angst vor der Dunkelheit, Angst allein zu schlafen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Schwierigkeiten einzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Durchschlafprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor dem Schlafengehen trinkt mein Kind koffein- oder teehaltige oder aufputschende Getränke (z.B. Cola, Ice-Tea, Red Bull, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor dem Schlafengehen trinkt mein Kind Alkohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind kommt nachts in das elterliche Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schnarcht nachts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat nächtliche „Atemaussetzer“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind überstreckt den Kopf beim Schlaf nach hinten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft nachts sehr unruhig und wälzt sich herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind steht nachts auf und fängt z. B. an zu spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wacht häufig nachts kurz auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schreit nachts auf und kann sich nicht daran erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schlafwandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind nässt nachts ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zutreffend ist die Beschreibung?	nicht	etwas oder manchmal	genau oder häufig
Mein Kind klagt abends beim Einschlafen über unangenehme Empfindungen in den Armen oder Beinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schwitzt stark im Schlaf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind knirscht im Schlaf mit den Zähnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind steht jeden Morgen ungefähr zur gleichen Zeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wacht morgens von alleine auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens ist mein Kind nur schwer erweckbar und wird nur langsam munter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind macht einen Mittagsschlaf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist tagsüber oft müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist tagsüber oft „überdreht“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft am Tage plötzlich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist tagsüber körperlich schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind neigt zu Infekten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Allergiebeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat eine schwere chronische Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Familie gibt es besonders viel Stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Wohnung wird geraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Schlafzimmer meines Kindes bestehen Lichtbelästigungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Schlafzimmer meines Kindes bestehen Lärmbelästigungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat in seinem Zimmer einen eigenen Fernseher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schaut vor dem Zubettgehen noch fern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat in seinem Zimmer einen eigenen PC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind besitzt ein eigenes Handy, das sich auch nachts im Zimmer des Kindes befindet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!