



Schlaf-Fragebogen

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Protokolldatum _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf das Verhalten Ihres Kindes während des Schlafes und des Wachseins. Die Fragen beziehen sich darauf, wie sich Ihr Kind gewöhnlich/normalerweise im letzten Monat verhalten hat und nicht unbedingt in den letzten Tagen, da diese nicht typisch sein müssen, falls es Ihrem Kind nicht gut ging.

	Ja	Nein	?
1. Haben Sie bemerkt, dass Ihr Kind während des Schlafens mehr als die Hälfte der Zeit schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... immer schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... laut schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schwer oder laut atmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schwierigkeiten hat zu atmen oder nach Luft ringt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie jemals gesehen, dass Ihr Kind in der Nacht aufhört zu atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neigt Ihr Kind tagsüber dazu, durch den Mund zu atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens aufwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Macht Ihr Kind gelegentlich ins Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fühlt sich ihr Kind nach dem Aufwachen am Morgen nicht erfrischt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind ein Problem mit Schläfrigkeit am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat ein Lehrer oder anderer Betreuer darauf hingewiesen, dass Ihr Kind tagsüber schläfrig erscheint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist es schwierig, Ihr Kind morgens aufzuwecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wacht Ihr Kind morgens mit Kopfschmerzen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat Ihr Kind zu irgendeiner Zeit seit der Geburt aufgehört normal zu wachsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ist Ihr Kind übergewichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mein Kind ...			
... scheint oft nicht zuzuhören, wenn es direkt angesprochen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist oft leicht abgelenkt durch äußere Reize.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... zappelt oft mit Händen und Füßen oder rutscht im Sitzen hin und her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist ständig in Bewegung oder verhält sich wie von einem Motor angetrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... unterbricht oder mischt sich oft bei anderen ein (z. B. platzt dazwischen bei Gesprächen oder Spielen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>