



Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Name und Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Geschwister

Name _____ Alter _____

Name _____ Alter _____

Name _____ Alter _____

1. Rhythmus

Hat Ihr Kind einen regelmässigen Rhythmus (Einschlafzeiten, Aufwachzeiten, Tagesablauf?)

Wenn ja, seit wann?

2. Schlafbedarf

Wie viel schläft Ihr Kind in 24 Stunden? Mindestens: _____ Stunden

Meistens: _____ Stunden

Maximal: _____ Stunden

Wie viel davon schläft es tagsüber?

3. Einschlafen

Wer bringt das Kind zu Bett?

Wo schläft Ihr Kind (eigenes Bett und Zimmer / mit Geschwistern / bei den Eltern)?

Haben Sie ein Einschlafritual? Wie sieht es aus?

Ist es immer gleich oder ständig wechselnd?

Wie lange dauert es?

Was braucht Ihr Kind zum Einschlafen (Nuggi, Tüchlein, Stillen, Flasche etc.)