



Schlafstörungen bei Kindergarten- und Schulkindern

Name und Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Geschwister

Name _____ Alter _____

Name _____ Alter _____

Name _____ Alter _____

1. Art der Schlafprobleme (sich weigern, ins Bett zu gehen/Einschlaf- oder Durchschlafprobleme)?

2. Wie verhalten Sie sich als Eltern bei den genannten Schlafproblemen?

3. Wie oft in der Woche tritt das Problemverhalten auf?

4. Wie sieht das Einschlafritual aus?

5. Wann geht das Kind ins Bett?

6. Wann schläft es üblicherweise ein?

7. Schnarcht ihr Kind? Macht es Atempausen?

8. Besteht eine auffällige Kopf- oder Körperhaltung beim Schlafen?

9. Wie wacht Ihr Kind am Morgen auf?

10. Ist Ihr Kind am Tag müde und wenn ja, wie äussert sich dies?