

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von Fachperson: _____

Familie

	Name	Alter	Beschäftigung/Schichtarbeit
Mutter:	_____		
Vater:	_____		
Geschwister:	_____		

Andere:	_____		

Wohnung (Anzahl der Räume, Schlafzimmer, Schlafarrangement)

Medizinische Anamnese

a) Kind _____

b) Familie _____

c) Belastungen in der Familie _____

**Schlafplatz
des Kindes**

(eigenes Bett; eigenes Zimmer; gemeinsames Bett/Zimmer)

**Schlafens-
zeit und
-ritual**

Zeitpunkt des Zubettgehens: _____ des Einschlafens: _____

Art des Rituals: _____

Objekte (z.B. Spielzeug, Decke, Flasche, Daumen, etc.) _____

Schlafplatz (eigenes/elterliches Bett, Sofa, sonstiges allein, mit dabeisitzendem Elternteil, mit Elternteil im Bett)_

Probleme beim Schafengehen in der abgelaufenen Woche: _____

Dauer der Störung: _____

Mögliche Auslöser: _____

**Nächtliches
Aufwachen**

Durchschnittliche Nächte pro Woche: _____

Durchschnittliche Anzahl pro Nacht: _____

Verhalten (ruft nach Eltern, geht ins Zimmer/Bett der Eltern etc.) _____

Verhalten der Eltern (auf den Arm nehmen; Getränk geben; stillen; sich zum Kind legen; Kind zu sich ins Bett nehmen; ein Elternteil tauscht mit dem Kind das Bett; sich zum Kind ins Bett legen etc.) _____

Wer geht gewöhnlich zum Kind? (Mutter; Vater; abwechselnd; andere) _____

Wen zieht das Kind vor? _____

Zeitdauer bis zum Wiedereinschlafen: _____

Häufigkeiten, mit den Eltern pro Woche mit dem Kind schlafen:

Mutter

Vater

Liegt beim Kind in der Nacht: _____

Kind kommt ins elterliche Bett: _____

Elternteil geht zum Kind ins Bett: _____

Elternteil tauscht mit Kind Bett: _____

Dauer dieser Störung: _____

Mögliche Auslöser: _____

**Schafmittel-
einsatz**

(Substanz, Alter bei Einsatz, Dauer, Effekt)

**Andere
Massnahmen**

**Schlaf am
Tage**

(Zeitpunkt, Dauer, Schlafplatz, Einleitung) _____

**Familien-
leben**

(Babysitter, abendlicher Ausgang, Auswirkungen auf Familienleben und Partnerschaft, Übereinstimmung der Eltern hinsichtlich Umgang mit dem Schlafproblem) _____

**Eltern-
reaktionen**

(Gefühle der Belastung, Verstimmung, Nervosität, Klagen von Nachbarn, andere Belastungen) _____

**Spiel- und
Kontakt-
bereich**

**Weitere
Probleme**
