

# KINDERÄRZTLICHER SCHLAFFRAGEBOGEN

PSQ-DE: © Sagheri/Wiater 2009, Version 1.0 German

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Wo füllen Sie diesen Fragebogen aus? \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU IHREM KIND

Name des Kindes: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum Ihres Kindes: \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Geschlecht Ihres Kindes:  Männlich  Weiblich

Gegenwärtige Körpergröße (cm) Ihres Kindes: \_\_\_\_\_

Gegenwärtiges Gewicht (kg) Ihres Kindes: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad der Person zum Kind, die diese Fragen beantwortet:		
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Andere: _____

### Hinweis:

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten in Bezug auf das Verhalten Ihres Kindes während des Schlafes und des Wachseins.

Die Fragen beziehen sich darauf, wie sich Ihr Kind gewöhnlich/normalerweise verhält und nicht unbedingt in den letzten Tagen, da dieses nicht typisch sein muss, falls es Ihrem Kind nicht gut ging.

Wenn Sie nicht sicher sind, wie sie eine Frage beantworten sollen, können Sie gerne Ihren Partner / Partnerin, Ihr Kind oder Ihren Arzt um Hilfe bitten.

**Bitte kreuzen Sie Ihre Antworten an.**

**Hier nun ein Beispiel aus dem Fragebogen:**

	Ja	Nein	WN
Macht Ihr Kind gewöhnlich tagsüber ein 'Nickerchen'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- "WN" bedeutet hierbei "Weiß nicht".
- Wenn das Wort "gewöhnlich/normalerweise" in den Fragen verwendet wird, dann bedeutet es hier "mehr als die Hälfte der Zeit" oder "mehr als die Hälfte der Nächte".

### A. Verhalten in der Nacht und im Schlaf:

#### HABEN SIE BEMERKT, DASS IHR KIND WÄHREND DES SCHLAFENS...

	Ja	Nein	WN
... überhaupt schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... 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"/>
Haben Sie jemals gesehen, dass Ihr Kind in der Nacht aufhört zu atmen? Falls ja, bitte beschreiben Sie was passierte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie jemals beunruhigt über die Atmung Ihres Kindes während des Schlafes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals Ihr Kind im Schlaf schütteln müssen, damit es atmet oder damit es aufwacht und atmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals Ihr Kind mit einem schnaubenden Geräusch aufwachen sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### HAT IHR KIND ...

	Ja	Nein	WN
... einen unruhigen Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... über unruhige Beine berichtet, wenn es im Bett ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... „Wachstumsschmerzen“ (nicht erklärbare Beinschmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Wachstumsschmerzen“, die am stärksten sind, wenn Ihr Kind im Bett ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### WÄHREND IHR KIND SCHLÄFT, HABEN SIE...

	Ja	Nein	WN
... kurze Tritte eines oder beider Beine gesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich wiederholende Tritte oder ruckartige Bewegungen der Beine in regelmäßigen Abständen (z.B. alle 20 bis 40 Sekunden) gesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### WÄHREND DER NACHT...

	Ja	Nein	WN
... ist Ihr Kind gewöhnlich verschwitzt, oder ist der Schlafanzug gewöhnlich vom Schwitzen durchnässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verlässt Ihr Kind gewöhnlich das Bett (aus irgendeinem Grund)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... steht Ihr Kind gewöhnlich auf, um Wasser zu lassen/zur Toilette zu gehn? Wenn ja, wie oft im Durchschnitt jede Nacht? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind gewöhnlich mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Nase Ihres Kindes gewöhnlich/normalerweise in der Nacht verstopft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Allergien, die die Fähigkeit Ihres Kindes, durch die Nase zu atmen, beeinträchtigen? Allergien: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	WN
Neigt Ihr Kind tagsüber dazu, durch den Mund zu atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens aufwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt Ihr Kind über Magenbeschwerden in der Nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind nachts ein brennendes Gefühl in der Kehle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind gelegentlich ins Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind jemals im Schlaf umher gegangen ("geschlafwandelt")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals gehört, dass Ihr Kind im Schlaf spricht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind durchschnittlich 1x pro Woche oder häufiger Alpträume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind jemals schreiend in der Nacht aufgewacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sich Ihr Kind jemals in der Nacht so bewegt oder verhalten, dass Sie dachten, es ist weder ganz wach noch schläft es?  Wenn ja, bitte beschreiben Sie, was sich ereignet hat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten abends einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange dauert es, bis Ihr Kind abends einschläft? (eine Schätzung ist in Ordnung)	_____ Minuten		
Hat Ihr Kind üblicherweise schwierige Angewohnheiten oder „Rituale“, streitet es viel, oder verhält es sich sonst unartig, wenn es zu Bett gehen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlägt Ihr Kind mit dem Kopf oder schaukelt es regelmäßig mit dem Körper beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wacht Ihr Kind mehr als durchschnittlich zweimal in der Nacht auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen, wenn es in der Nacht aufwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wacht Ihr Kind früh morgens auf (d.h. früher als wünschenswert) und hat Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterscheidet sich der Zeitpunkt, wann Ihr Kind <u>zu Bett geht</u> oft von einem Tag zum nächsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterscheidet sich der Zeitpunkt, wann Ihr Kind <u>aufsteht</u> oft von einem Tag zum nächsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ZU WELCHER UHRZEIT:

... geht Ihr Kind an Wochentagen gewöhnlich zu Bett?	_____ Uhr
... steht Ihr Kind an Wochentagen gewöhnlich morgens auf?	_____ Uhr
... geht Ihr Kind am Wochenende oder in den Ferien gewöhnlich zu Bett?	_____ Uhr
... steht Ihr Kind an Wochenenden oder in den Ferien gewöhnlich morgens auf?	_____ Uhr

**B. VERHALTEN AM TAG UND WEITERE MÖGLICHE PROBLEME:**

	Ja	Nein	WN
Fühlt sich Ihr Kind nach dem Aufwachen am Morgen erfrischt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind ein Problem mit Schläfrigkeit am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sich Ihr Kind darüber beklagt, dass es sich am Tag schläfrig fühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ein Lehrer oder anderer Betreuer darauf hingewiesen, dass Ihr Kind tagsüber schläfrig erscheint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind gewöhnlich/normalerweise tagsüber ein 'Nickerchen'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es schwierig, Ihr Kind morgens aufzuwecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wacht Ihr Kind morgens mit Kopfschmerzen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind durchschnittlich mindestens 1x im Monat Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind zu irgendeiner Zeit seit der Geburt aufgehört, normal zu wachsen?  Wenn ja, bitte beschreiben Sie, was geschehen ist:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind noch die Mandeln?  Wenn nicht, wann und warum wurden diese entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind jemals eine Erkrankung, die Atmungsstörungen verursacht hat?  Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind jemals eine Operation gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, gab es im Zusammenhang mit der Operation (d.h. vor, während oder nach der Operation) Schwierigkeiten mit der Atmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachdem Ihr Kind durch irgendetwas überrascht wurde oder lachen musste hatte es dann jemals eine plötzlich Schwäche in den Beinen (,weiche Knie') oder vielleicht irgendwo anders in seinem Körper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlte sich Ihr Kind jemals kurzzeitig unfähig sich im Bett zu bewegen, obwohl es wach war und umher schauen konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind einen unwiderstehlichen Drang, tagsüber ein Nickerchen zu machen, so dass es gezwungen ist, Tätigkeiten zu unterbrechen, um zu schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind jemals das Gefühl / den Eindruck, dass es träumte (sah Bilder oder hörte Laute), obwohl es noch wach war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkt Ihr Kind an einem ganz normalen Tag koffeinhaltige Getränke (z.B. Cola, Schwarzer Tee, Kaffee)?  Wenn ja, wie viele Tassen oder Gläser (Dosen) pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ Gläser		

	Ja	Nein	WN
Nimmt Ihr Kind irgendwelche Drogen? Wenn ja, welche und wie oft?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucht Ihr Kind Zigaretten, rauchfreie Zigaretten, benutzt es Schnupftabak oder konsumiert es andere Tabakwaren? Wenn ja, welche und wie oft?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Übergewicht? Wenn ja, in welchem Alter trat es zuerst auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ Jahre		
Hat ein Arzt Ihnen jemals erzählt, daß Ihr Kind einen hohen Gaumen (Dach des Mundes) hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind jemals Ritalin (Methyphenhydát) zur Behandlung von Verhaltens-Probleme genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ein Arzt, Psychiater oder ähnliche Fachkraft jemals gesagt, dass Ihr Kind ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) <u>oder</u> ein Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivität-Syndrom (ADHS) hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C. Weitere Informationen

1. Falls Sie derzeit mit Ihrem Kind in einem Krankenhaus/ Hospital in ärztlicher Behandlung sind oder die Sprechstunde eines/r Arztes/Ärztin aufgesucht haben, welches Problem hat Sie dort hingeführt?

*Mein Kind ist derzeit nicht in ärztlicher Behandlung.*

---



---



---

Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung dieser Frage benötigen, dann finden Sie weiteren Raum auf der letzten Seite dieses Fragebogens

2. Falls Ihr Kind über einen längeren Zeitraum medizinische Probleme hat, bitte nennen Sie die aus Ihrer Sicht wichtigsten drei Probleme.

*Mein Kind hat keine langfristigen medizinischen Probleme.*

---



---



---

Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung dieser Frage benötigen, dann finden Sie weiteren Raum auf der letzten Seite dieses Fragebogens

**3. Bitte führen Sie alle Medikamente auf, die Ihr Kind derzeit einnimmt:**

*Mein Kind nimmt derzeit keine Medikamente ein.*

<u>Medikament</u>	<u>Menge (mg) oder Menge pro Einnahme</u>	<u>Wann eingenommen?</u>
_____	_____	_____
Wirkung (einschl. Nebenwirkung): _____.		
_____	_____	_____
Wirkung (einschl. Nebenwirkung): _____.		
_____	_____	_____
Wirkung (einschl. Nebenwirkung): _____.		

Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung dieser Frage benötigen, dann finden Sie weiteren Raum auf der letzten Seite dieses Fragebogens

**4. Bitte nennen Sie alle Medikamente, die Ihr Kind in der Vergangenheit genommen hat, falls der Grund dafür eine Verbesserung von Verhalten, Aufmerksamkeit oder Schlaf war:**

*Mein Kind hat in der Vergangenheit keine Medikamente zur Verbesserung von Verhalten, Aufmerksamkeit oder Schlaf genommen.*

<u>Medikament</u>	<u>Menge (mg) oder Menge pro Einnahme</u>	<u>Wann eingenommen?</u>
_____	_____	_____
Wirkung (einschl. Nebenwirkung): _____.		
_____	_____	_____
Wirkung (einschl. Nebenwirkung): _____.		
_____	_____	_____
Wirkung (einschl. Nebenwirkung): _____.		

Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung dieser Frage benötigen, dann finden Sie weiteren Raum auf der letzten Seite dieses Fragebogens

**5. Bitte nennen Sie jegliche Schlafstörungen, die ein Arzt bei Ihrem Kind diagnostiziert hat oder vermutet. Für jede Schlafstörung nennen Sie bitte das Datum, wann diese angefangen hat und ob sie noch fortbesteht.**

*Mein Kind hat keine von einem Arzt diagnostizierten oder vermuteten Schlafstörungen.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung dieser Frage benötigen, dann finden Sie weiteren Raum auf der letzten Seite dieses Fragebogens

Nennen Sie alle psychologischen, psychiatrischen, emotionalen und Verhaltensprobleme, die von einem Arzt bei Ihrem Kind diagnostiziert wurden oder vermutet werden. Nennen Sie bitte für jedes Problem das Datum, an dem es begann und ob es noch fortbesteht.

- Mein Kind hat keine von einem Arzt diagnostizierten oder vermuteten psychologischen, psychiatrischen, emotionalen und Verhaltensprobleme.*

---



---



---

Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung dieser Frage benötigen, dann finden Sie weiteren Raum auf der letzten Seite dieses Fragebogens

7. Nennen Sie jegliche Schlaf- oder Verhaltensprobleme, die bei den Geschwistern oder Eltern Ihres Kindes vorgekommen sind.

- Es sind keine Schlaf- oder Verhaltensprobleme bei den Geschwistern oder Eltern meines Kindes vorgekommen.*

<u>Verwandtschaftsgrad zum Kind</u>	<u>Schlaf- oder Verhaltensproblem</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Hinweis:**

Bitte markieren Sie durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens in welchem Ausmaß die folgenden Aussagen bei Ihrem Kind zutreffen:

Mein Kind...	Trifft nicht zu	Trifft nur ein wenig zu	Trifft schon um einiges zu	Trifft sicherlich meistens zu
... scheint oft nicht zuzuhören, wenn es direkt angesprochen wird.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
... ist oft leicht abgelenkt durch äußere Reize.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
... ist ständig in Bewegung oder verhält sich wie von einem Motor angetrieben.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

