

Name: _____ Geburtsdatum: / /

Patientenaufkleber:

Datum Beginn: / / Datum Ende: / /

Schlafmedikamente: _____



Woche 1

Uhrzeit Datum	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Schlafdauer gesamt (h)	1) Schlafereignis	2) Aktivitäten	3) Aufwachen	4) Kind erholt?	War heute ein typischer Tag?	Sonstige Kommentare

Legende: ↓ Zubettgehen ↑ Aufstehen — Schlaf ! Schlafereignis (z.B. Alptraum, Sprechen im Schlaf, Schlafwandeln) □ Wachphasen sind als Lücke zu vermerken

Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch Einzeichnen der entsprechenden Kürzel in der Schlaftabelle täglich:

1) Falls Sie **Schlafereignisse** vermerkt haben, um welche Ereignisse handelte es sich hierbei?
A Alptraum **B** Sprechen im Schlaf **C** Schreien im Schlaf
D Schlafwandeln **E** Sonstiges (z.B. Atemaussetzer, Einnässen): _____

2) Welche **Aktivitäten** führte Ihr Kind **vor** dem Zubettgehen durch?
A Lesen **B** Smartphone, Tablet, TV **C** Streit
D Baden, Duschen **E** Spielen **F** Sonstiges: _____

Gibt es typische Aktivitäten **nach** dem Zubettgehen für Ihr Kind?

3) Wie ist Ihr Kind **aufgewacht**?
A Selbstständig **B** Musste geweckt werden

4) War Ihr Kind ausgeschlafen/ **erholt**?
 😊 ja 😐 mittel ☹️ nein

Sonstige Kommentare:

Woche 2

Uhrzeit Datum	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Schlafdauer gesamt (h)	1) Schlafereignis	2) Aktivitäten	3) Aufwachen	4) Kind erholt?	War heute ein typischer Tag? Sonstige Kommentare	

Legende: ↓ Zubettgehen ↑ Aufstehen — Schlaf ! Schlafereignis (z.B. Albtraum, Sprechen im Schlaf, Schlafwandeln) ☐ Wachphasen sind als Lücke zu vermerken

Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch Einzeichnen der entsprechenden Kürzel in der Schlafentabelle täglich:

1) Falls Sie **Schlafereignisse** vermerkt haben, um welche Ereignisse handelte es sich hierbei?
A Albtraum **B** Sprechen im Schlaf **C** Schreien im Schlaf
D Schlafwandeln **E** Sonstiges (z.B. Atemaussetzer, Einnässen): _____

2) Welche **Aktivitäten** führte Ihr Kind **vor** dem Zubettgehen durch?
A Lesen **B** Smartphone, Tablet, TV **C** Streit
D Baden, Duschen **E** Spielen **F** Sonstiges: _____

Gibt es typische Aktivitäten **nach** dem Zubettgehen für Ihr Kind?

3) Wie ist Ihr Kind **aufgewacht**?
A Selbstständig **B** Musste geweckt werden

4) War Ihr Kind ausgeschlafen/ **erholt**?
 😊 ja 😐 mittel ☹️ nein

Sonstige Kommentare:

