



**Robert-Koch-Krankenhaus Apolda  
Schlafambulanz für Kinder und Jugendliche - Schlafmedizinisches  
Zentrum**

*Schlafstörungen bei Schulkindern (6.-16. Lebensjahr) –  
Fragebogen für Eltern*

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Datum des heutigen Tages:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Fragebogen ausgefüllt von:</b>

*Liebe Eltern, Sie haben bei Ihrem Kind nächtliche Atmungsstörungen und / oder Schlafstörungen beobachtet oder Ihr Kind zeigt am Tag Auffälligkeiten wie z. B. Müdigkeit, Aufmerksamkeitsstörungen, Überaktivität oder andere Verhaltensbesonderheiten. Ihre tägliche Beobachtungen sind uns wichtig, damit wir gezielt über notwendige Untersuchungen und Behandlung entscheiden können. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.* Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

**Mein Kind geht abends ca. .... Uhr zu Bett**

**Bis es einschläft braucht es ..... Minuten**

**Mein Kind hat Einschlafprobleme**

nein manchmal fast jeden Abend

*wenn ja ...*

*welcher Art .....*

*.....*

*seit wann .....*

**Mein Kind schläft nachts ca. .... Stunden  
(von ..... Uhr bis ..... Uhr)**

**Mein Kind schnarcht nachts**

nein manchmal fast immer

**Mein Kind hat nächtliche „Atemaussetzer“**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind überstreckt den Kopf beim  
Schlafen nach hinten**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind schläft häufig in einer außerge-  
wöhnliche Schlafposition**

nein ja Knie-Ellenbogen-Lage  
sitzend

*.....*

**Mein Kind schwitzt im Schlaf stark**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind wacht nachts auf**

nie manchmal mehrmals in der Nacht

*wenn ja ...*

*wie häufig .....*

*wie lange .....*

*was tut es .....*

**Mein Kind muss nachts zur Toilette**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind nässt nachts ein**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind kotet nachts ein**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind ist nachts sehr unruhig, wirft  
sich im Bett herum**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind bewegt häufig die Beine im  
Schlaf**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind setzt sich im Schlaf im Bett auf  
und / oder steht auf**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind ist ein Schlafwandler**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind schreit nachts auf / weint und  
kann sich nicht daran erinnern (Pavor)**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Mein Kind träumt „schlecht“ (Alpträume)**

nein manchmal fast in jeder Nacht

**Morgens ist mein Kind nur schwer  
erweckbar, wird nur langsam munter  
(„typischer Morgenmuffel“)**

nein, mein Kind ist morgens schnell wach  
es wird nur manchmal schnell wach  
es wird meist langsam wach

**Morgendliche Mundtrockenheit**

nein manchmal fast jeden Morgen

**Mein Kind ist tagsüber sehr unruhig und  
zappelig, „immer in Bewegung“**

nein manchmal fast immer

**Mein Kind ist tagsüber müde**

nein manchmal sehr oft

**Mein Kind ist tagsüber auffällig blass**

nein manchmal fast immer

**Mein Kind atmet tagsüber mit offenem  
Mund**

nein manchmal meistens

**Mittags schläft mein Kind**

nein manchmal meistens  
für ca. .... Stunden

**Mein Kind kann sich tagsüber nur schwer konzentrieren**

das trifft nicht zu  
trifft manchmal zu seit .....  
das ist fast immer so seit .....

**Die körperliche Leistungsfähigkeit meines Kindes ist**

sehr gut gut befriedigend  
mäßig unbefriedigend  
seit .....

**Die Schulleistungen meines Kindes sind**

sehr gut gut befriedigend  
mäßig unbefriedigend  
seit .....

**Mein Kind ist häufig teilnahmslos**

nein manchmal fast immer

**Mein Kind ist aggressiv**

nein manchmal häufig

**Mein Kind ist ängstlich**

nein manchmal fast immer

**Mein Kind ist still und in sich gekehrt**

nein manchmal häufig

**Mein Kind ist tagsüber gedankenverloren, vertäumt**

nein manchmal häufig

**Mein Kind ist häufig verwirrt und zerstreut, vergisst viel**

nein manchmal fast immer

**Mein Kind ist traurig**

nein manchmal fast immer

**Mein Kind fühlt sich einsam**

nein manchmal häufig

**Mein Kind hat wenig Selbstvertrauen**

nein manchmal häufig

**Mein Kind rauft sich gern**

nein manchmal häufig

**Es bestehen andere (Verhaltens-)Probleme**

nein .....  
.....  
.....  
.....

**Es gibt Probleme in der Schule**

nein manchmal häufig  
welche .....

Mein Kind sieht am Tag ..... Stunden fern (von ..... Uhr)

**Mein Kind beschäftigt sich (nachmittags) ..... Stunden mit PC / Videospiele**

**Mein Kind treibt zusätzlich Sport**  
nein ja  
welche Sportart .....  
wie häufig .....

**Infekte (Schnupfen, Husten, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Halsentzündung) traten bei meinem Kind innerhalb der letzten 12 Monate**

nicht  
1-7 -mal auf  
8 und / oder mehr - mal auf

**Zeigt Ihr Kind Allergie-Symptome**

nein ja → welche  
Augentränen Augenrötung  
Niesen verstopfte Nase  
Atembeschwerden Bronchitis  
Hauterscheinungen Hautjucken  
tageszeitliche Bindung ja nein  
wann .....  
jahreszeitliche Bindung ja nein  
wann .....

**Mein Kind hat Bauchschmerzen / Übelkeit**

nein manchmal häufig  
wann .....

**Mein Kind hat Kopfschmerzen**

nein manchmal häufig  
wann .....

**Andere Probleme**

.....  
.....  
.....

**ALLGEMEINE ANGABEN**

**Wird in Ihrer Familie geraucht**

Nichtraucher-Familie schon immer  
Nichtraucher-Familie seit .....  
Mutter raucht  
Vater raucht  
Rauchen in der Wohnung  
Anderes .....

**Mein Kind raucht**

nein manchmal häufig  
seit wann .....

**Mein Kind trinkt Alkohol / nimmt Drogen**

nein manchmal häufig  
seit wann .....  
welche .....  
wie häufig .....



**Zusätzliche Bemerkungen**