



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

*Schlafstörungen bei Schulkindern (6.-16.Lebensjahr) –
Patientenfragebogen*

Name, Vorname:	Datum:
Geburtsdatum:	Fragebogen allein ausgefüllt? Mir hat geholfen.

Liebe/lieber, Du bist heute in die Schlafambulanz gekommen, weil Deine Eltern bei Dir nächtliche Atmungsstörungen und / oder Schlafstörungen beobachtet haben oder Du bist am Tag müde, aufmerksamkeitsgestört, zappelig oder es gibt in der Schule Probleme. Bitte beantworte uns die folgenden Fragen. So hilfst Du uns, die Ursachen dieser Störungen zu erkennen, um Dir zu helfen, sie zu überwinden. Vielen Dank für Deine Unterstützung!

Ich gehe abends ca. Uhr zu Bett

Bis ich einschlafe brauche ich Minuten

Was tust Du bis zum Einschlafen

Ich schlafe gleich ein.

Ich lese noch.....Stunde(n)

Ich schaue TV.....Stunde(n)

.....

Ich habe Einschlafprobleme

nein manchmal fast jeden Abend
und zwar

.....

seit wann

Nachts wache ich auf

nie manchmal fast jede Nacht

wenn ja ...

wie häufig

Ich schlafe gleich wieder ein ja nein

Ich mache bis zum Wiedereinschlafen

.....

.....

Ich muss nachts zur Toilette

nein manchmal fast in jeder Nacht

Ich schwitze im Schlaf sehr

nein manchmal fast in jeder Nacht

Ich träume aufregende Geschichten

nein manchmal fast in jeder Nacht

(Wenn Du möchtest, schreibe Deinen schönsten oder spannendsten Traum auf oder male ein Bild.)

Ich träume „schlecht“, habe Angst dabei

nein manchmal fast in jeder Nacht

worum geht es in diesen Träumen

.....

.....

.....

.....

Mein Bett ist am Morgen sehr zerwühlt

nein manchmal fast in jeden Morgen

In der Nacht „zappeln“ meine Beine

nie manchmal fast jede Nacht

Morgens stehe ich in der Woche Uhr auf

Ich werde

allein wach und stehe gleich auf

von den Eltern geweckt und brauche

Minuten bis zum Aufstehen

von Wecker(n) geweckt und brauche

Minuten bis zum Aufstehen

ich werde ganz schwer wach und möchte

am liebsten nicht aufstehen, weil

.....

.....

.....

Morgens fühle ich mich

ausgeschlafen / fröhlich

müde / zerschlagen

„knurrig“

(Es ist am besten, mich spricht keiner an.)

.....

Am Wochenende stehe ich Uhr auf

Morgens ist mein Mund trocken

nein manchmal fast in jeden Morgen

Ich bin tagsüber müde

nein manchmal sehr oft

wann

Mittags schlafe ich

nein manchmal meistens

für ca. Stunden

Ich bin tagsüber unruhig und zappelig, „immer in Bewegung“

nein manchmal fast immer

Ich kann nicht lange stillsitzen

nein manchmal fast immer

Ich bin durcheinander und zerstreut, vergesse häufig etwas

nein manchmal fast immer
seit wann

Ich träume am Tag viel oder bin in Gedanken

nein manchmal fast immer

Ich kann mich auf eine Sache lange Zeit konzentrieren / ich beschäftige mich lange Zeit mit einer Sache und kann längere Zeit aufpassen

ja manchmal nein

Schätze Deine körperliche Leistungsfähigkeit ein

gut mäßig unbefriedigend

Nach Sport / Toben / fühle ich mich ...

gut etwas erschöpft schlapp

Sport macht mir Spaß, ich bewege mich gern

ja manchmal nein

welche Sportart(en)

Ich raufe mich gern mit anderen

ja manchmal nein

Ich gehe gern zur Schule

ja manchmal nein

warum

Ich habe Angst, zur Schule zu gehen

nein manchmal ja

warum

Schätze Deine Schulleistungen ein

sehr gut (1) gut (2) befriedigend (3)
mäßig (4) unbefriedigend (5,6)

seit

Lieblingfach

Ich bin am liebsten allein

nein manchmal das trifft zu

Ich bin gern mit anderen zusammen

nein manchmal das trifft zu

Ich bin still und gern im Hintergrund

nein manchmal das trifft zu

Ich stehe gern im Mittelpunkt

nein manchmal das trifft zu

Ich bin ängstlich, fürchte mich

nein manchmal das trifft zu

Ich habe Angst vor

nein

Ich bin fröhlich, lache gern

nein manchmal das trifft zu

Ich bin häufig traurig

nein manchmal das trifft zu

Ich fühle mich einsam

nein manchmal das trifft zu

Ich bin aggressiv / angriffslustig, streite gern

nein manchmal das trifft zu

... andere (Verhaltens-)Probleme

nein

Ich sehe am Tag Stunden fern (von Uhr)

Meine Lieblingsfilme / Sendungen sind

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

Ich beschäftige mich (nachmittags)

..... Stunden mit PC / Videospiele

Meine Hobbys sind

Ich habe häufig Halsentzündung, Husten, Schnupfen usw.

ja nein

Ich habe Allergie-Symptome

nein ja → *welche*

Augentränen Augenrötung
Niesen verstopfte Nase
Atembeschwerden Bronchitis
Hauterscheinungen Hautjucken

wann?

Ich habe Kopfschmerzen

ja manchmal nein

Ich habe Bauchschmerzen / Übelkeit

ja manchmal nein

Andere Probleme

.....
.....

Ich rauche

nein gelegentlich ja, regelmäßig

seit

Zigaretten / Tag

Ich habe Alkohol und / oder Drogen schon probiert

nein gelegentlich ja, regelmäßig

seit

welche

Hast Du alle Fragen beantwortet? Falls Du eine Frage nicht verstehst, wende Dich bitte an den Dich betreuenden Arzt oder die Dich betreuende Schwester. Danke!