

Die folgenden Aussagen betreffen die Schlafgewohnheiten Ihres Kindes und mögliche Schwierigkeiten mit dem Schlaf. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an die **vergangene Woche** im Leben Ihres Kindes. Wenn die letzte Woche aus irgendeinem Grund keine typische Woche für das Schlafverhalten Ihres Kindes darstellt (z. B. weil Ihr Kind krank war und deshalb besonders schlecht geschlafen hat oder weil es außergewöhnlich gut geschlafen hat), wählen Sie stattdessen bitte eine vergangene, typische Woche aus dem Leben Ihres Kindes.

Antworten Sie mit GEWÖHNLICH, wenn eine Aussage **5 mal oder öfter** pro Woche zutrifft; antworten Sie mit MANCHMAL, wenn eine Aussage **2-4 mal** pro Woche zutrifft; antworten Sie mit SELTEN, wenn eine Aussage **nie oder 1 mal** pro Woche zutrifft. Bitte geben Sie immer zusätzlich an, ob die Schlafgewohnheiten ein Problem darstellen, indem Sie JA, NEIN oder KEINE ANGABE (K/A) einkreisen.

Schlafenszeit

Notieren Sie hier die Zubettgehzeit Ihres Kindes: _____

	3 Gewöhnlich (5-7)	2 Manchmal (2-4)	1 Selten (0-1)	Stellt dies ein Problem für Sie dar?		
Das Kind geht jeden Abend zur gleichen Zeit ins Bett (R)(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schläft nach dem Zubettgehen innerhalb von 20 Minuten ein (R)(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schläft alleine im eigenen Bett ein (R)(3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schläft im Bett der Eltern/der Geschwister ein (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schläft mit schaukelnden/rhythmischen Bewegungen ein (101)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind benötigt ein bestimmtes Objekt um einzuschlafen (Puppe, spezielle Decke, etc.) (102)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind braucht Mutter/Vater im Zimmer um einzuschlafen (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind ist zur Schlafenszeit bettfertig (R)(103)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind sträubt sich zur Schlafenszeit ins Bett zu gehen (104)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind kämpft beim Zubettgehen (weint, weigert sich im Bett zu bleiben, etc.) (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind hat Angst im Dunkeln zu schlafen (7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind hat Angst alleine zu schlafen (8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A

Schlafverhalten

Übliche Schlafmenge Ihres Kindes pro Tag: _____ Stunden und _____ Minuten
(Gesamtschlafmenge aus Nacht und Tag)

	3 Gewöhnlich (5-7)	2 Manchmal (2-4)	1 Selten (0-1)	Stellt dies ein Problem für Sie dar?		
Das Kind schläft zu wenig (9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schläft zu viel (105)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Die Schlafdauer des Kindes ist genau richtig (R)(10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schläft jeden Tag ungefähr gleich viel (R)(11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind nässt nachts ein (12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind redet während des Schlafes (13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind ist ruhelos und bewegt sich oft während des Schlafes (14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schlafwandelt während der Nacht (15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind wechselt nachts in das Bett eines anderen (Eltern, Geschwister etc.) (16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind berichtet von Schmerzen während des Schlafes. Wenn ja, wo? (106)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
<hr/>						
Das Kind knirscht mit den Zähnen während des Schlafes (17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schnarcht laut (18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind scheint während des Schlafes Atemaussetzer zu haben (19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schnappt nach Luft oder atmet laut während des Schlafes (20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind hat Schwierigkeiten bei anderen zu schlafen (Besuch bei Verwandten, Ferien) (21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind klagt über Schlafprobleme (107)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind wacht nachts schreiend und schwitzend auf und kann nicht/nur schwer beruhigt werden (22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind wacht durch einen beängstigenden Traum auf (23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A

Nächtliches Erwachen

	3 Gewöhnlich (5-7)	2 Manchmal (2-4)	1 Selten (0-1)	Stellt dies ein Problem für Sie dar?		
Das Kind wacht einmal während der Nacht auf (24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind wacht mehr als einmal während der Nacht auf (25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schläft nach dem Aufwachen ohne elterliche Unterstützung wieder ein (R) (108)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A

Notieren Sie hier die Minuten, die ein nächtliches Erwachen gewöhnlich dauert: _____

Morgendliches Erwachen

Notieren Sie hier die Uhrzeit, zu der das Kind gewöhnlich morgens aufwacht: _____

	3 Gewöhnlich (5-7)	2 Manchmal (2-4)	1 Selten (0-1)	Stellt dies ein Problem für Sie dar?		
Das Kind wacht von alleine auf (R) (26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind wacht durch einen Wecker auf (109)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind wacht mit schlechter Laune auf (27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Erwachsene oder die Geschwister wecken das Kind (28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind hat Schwierigkeiten morgens aus dem Bett zu kommen (29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind braucht lange um morgens munter zu werden (30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind wacht sehr früh am Morgen auf (110)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind hat morgens einen guten Appetit (R)(111)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A

Tagesmüdigkeit

	3 Gewöhnlich (5-7)	2 Manchmal (2-4)	1 Selten (0-1)	Stellt dies ein Problem für Sie dar?		
Das Kind macht während des Tages ein/mehrere Schläfchen (112)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind schläft plötzlich inmitten einer Tätigkeit (z.B. Spielen, Hausaufgaben) ein (113)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A
Das Kind erscheint müde (31)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nein	K/A

Wirkte Ihr Kind während der letzten Woche bei einer der folgenden Aktivitäten sehr schläfrig oder ist es eingeschlafen (Markieren Sie alles Zutreffende):

	1 Nicht schläfrig	2 Sehr schläfrig	3 Schläft ein
Alleine Spielen (114)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen (32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autofahren (33)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten essen (115)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>