

Anamnesebogen Schlaflabor **Säuglinge / Kleinkinder**

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon (privat/Handy):

Körperlänge:

Kinderarzt:

Gewicht:

Liebe Eltern,

bei Ihrem Kind soll eine so genannte Schlaflaboruntersuchung (Polysomnographie) durchgeführt werden. Aufgrund bisheriger Auffälligkeiten oder von Ergebnissen der Voruntersuchungen soll das Schlafverhalten näher untersucht werden. Dazu ist eine Beobachtung im Schlaflabor unserer Klinik geplant. Dort wird Ihr Kind in einer oder in zwei Nächten komplett überwacht. Mit einer Kamera können wir das Kind kontinuierlich sehen. Ferner werden mit vielen kleinen Sensoren die Hirnströme, die Herzfrequenz, die Atmung mit Bauch- und Brustkorbbewegung, die Nasenatmung, die Augenbewegungen, Muskulatur-Bewegungen und die Schlafposition im Bett aufgezeichnet. Die Kinder akzeptieren das „Verkabeln“ in der Regel sehr gut, manchmal ist aber nach einer Gewöhnung eine zweite Untersuchung in der Folgenacht erforderlich. Während des gesamten stationären Aufenthaltes wird Ihr Kind von speziell geschultem Personal betreut.

Um die Auswertung der Daten sinnvoll durchführen zu können, benötigen wir von Ihnen die folgenden Angaben. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Bögen, soweit es Ihnen möglich ist, vollständig aus. Noch ausstehende Fragen können wir mit Ihnen in einem ausführlichen Gespräch vor der Untersuchung klären.

Vielen Dank !

I. Familie:

ja

nein

Gibt es in der Familie Erbkrankheiten (z.B. Fehlbildungen)?
Wenn ja, welche und bei wem?

Leidet jemand an chronischen Erkrankungen?
Wenn ja, wer und an welchen?

-HNO-Bereich

-Herz-Kreislauf

-Migräne

-Konzentrations-/Verhaltensstörungen

Gibt es in der Familie unklare Todesfälle bei Kindern?
Wenn ja, wer und in welchem Alter?

Ist eines Ihrer Kinder verstorben?

Wenn ja: Alter des Kindes
 Geschlecht
 Tageszeit
 mögliche Ursache

Hat eines Ihrer Kinder ein für Sie lebensbedrohlich
erscheinendes Ereignis durchgemacht (ALTE)?
Wenn ja, wer und in welchem Alter?

Leidet in Ihrer Familie jemand an einer chronischen
Magenschleimhautentzündung, an chronischem Husten
oder häufigem Sodbrennen?
Wenn ja, wer?

Gibt es in Ihrer Familie Schlafstörungen, wie z.B. Schnarchen,
Atemaussetzer, häufige Kopfschmerzen beim Aufstehen,
Schlafwandeln oder Alpträume?
Wenn ja, welche und bei wem?

Raucht jemand in der Familie?

Wenn ja, wer und wie viele Zigaretten pro Tag ?:
Wo wird überwiegend geraucht?

II. Schwangerschaft:

Gab es während **dieser** Schwangerschaft Besonderheiten?
Wenn ja, welche (Infektionen, Ultraschall)?

Hat sich Ihr Kind im Mutterleib wenig bewegt?

	ja	nein
Wurden Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Drogen oder Alkohol eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie geraucht? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Geburt (gelbes Heft):

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____ . SSW

Maße des Kindes bei Geburt:

Gewicht _____ g (____.P), Länge _____ cm (____.P), Kopfumfang _____ cm (____.P)

APGAR-Werte: ____/____/____ Nabelschnur -pH _____

Gab es **bei** der Geburt Probleme (sehr lange Dauer, Sauerstoffnot, Sectio, Zange)? Wenn ja, welche?

Traten **nach** der Geburt Probleme auf?
Wenn ja, welche (Infektionen, Gelbsucht, Unterzuckerung, Beatmung)?

Vorausgehende Geburten:

Geburtsjahr	SSW	Geschlecht	gesund ja/nein	Besonderheiten
-				
-				
-				
-				
-				

IV. Eigenanamnese:

Welches Ereignis führt zu dieser Untersuchung? Bitte beschreiben Sie kurz die beobachteten Vorgänge: Zeit, Dauer, Vorfindens Ihres Kindes, Abstandes zur letzten Mahlzeit und die von Ihnen ergriffenen Maßnahmen:

evtl. auf Rückseite weiter

Sind bei Ihrem Kind schon andere spezielle Untersuchungen durchgeführt worden (EEG, Herzkreislaufüberwachung, Ultraschall Herz und Kopf, Röntgen, HNO-Arzt, Genetik, Psychologe)? **Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?**

Sind bei Ihrem Kind Vorerkrankungen (**Herz, Lunge, Allergien**, chronische Infektionen, Nervensystem) bekannt? Wenn ja, welche und seit wann?

	ja	nein
Ist Ihr Kind zurzeit gesund und fieberfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nimmt Ihr Kind zur Zeit oder regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche, wie oft, seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Stillen Sie Ihr Kind, bzw. wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt? _____

Ab welchem Alter wurden kuhmilchhaltige Nahrungen gefüttert? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden (HNO, Herz, Magen, Kopf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was und wann?		

Wurden die bisherigen Impfungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es dabei Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist die überwiegende Schlafposition Ihres Kindes?

Rücken Bauch Seite

IV. Säuglinge / Kleinkinder: **ja** **nein**

Wird Ihr Kind zurzeit mit einem Heimmonitor überwacht?
Modell / Firma:

Eingestellte Alarmgrenzen: **HF**
SO₂
Atempause

Gab es Alarme?
Wenn ja, was wurde angezeigt?

Gab es dabei Besonderheiten bei Ihrem Kind?
Wenn ja, welche?

Schläft das Kind im Elternschlafzimmer?
 Schläft das Kind in einem eigenen Bett?

Haben Sie folgende Auffälligkeiten bei Ihrem Kind beobachtet? (Bitte ankreuzen)

Nächtliches Schnarchen

Starkes Schwitzen am Körper im Schlaf

Übermäßiges Spucken

Trinkstörungen

Atempausen Dauer ca. _____s

Blässe am Körper - wenn ja, wie oft?

Blauverfärbung - wenn ja, wie oft?

Krampfanfälle

Vermehrte Unruhe

Andere merkwürdige Bewegungen?

Besonders wenige Bewegungen im Schlaf

Nächtliches Aufwachen - wenn ja, wie oft?

Schlafwandeln - wenn ja, wie oft?

Nächtliche Geräusche (Schreien, Weinen, Grunzen, Sprechen,
 Schüttelbewegungen) - wenn ja, welches und wie oft?

Nächtliches Einnässen (nach Windelalter)? Wenn ja, wie oft?

Schwere morgendliche Erweckbarkeit

Schlafen mit nach hinten überstrecktem Kopf

-in Knie-Ellenbogenlage

Häufige Infekte

Wenn ja, welche besonders oft?

Durchschnittliche Schlafdauer _____ Stunden / Tag
 Anzahl der Unterbrechungen / Wachphasen pro Nacht: ca. _____

Title = Anamnesebogen Schlaflabor Säuglinge Kleinkinder