

Anamnesebogen Schlaflabor **Schulkinder / Jugendliche**

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)?

Wurden Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche?

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

III. Geburt:

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____ . SSW

Maße des Kindes bei Geburt:

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

APGAR _____ / _____ / _____ Nabelschnur -pH _____

Gab es **bei** der Geburt Probleme (sehr lange Dauer, Sauerstoffnot)?

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**, Augen, Ohren, chronische Infektionen) 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 zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche, wie oft, seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden (HNO, Herz, Magen, Kopf)? Gab es Komplikationen? Wenn ja, was und wann?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wurden alle Impfungen durchgeführt? Gab es dabei Komplikationen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IV. Schulkinder / Jugendliche:

Gibt es im Zimmer Ihres Kindes einen Fernseher / Computer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange wird pro Tag ungefähr ferngesehen? _____ Stunden -wie lange abends (auch Computer)? _____ Uhr.		
Bestehen sonstige Lärmbelastungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind Sport? Wenn ja, was und wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind bei körperlicher Anstrengung gut belastbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was für eine Schule / Klasse besucht Ihr Kind?

Bestehen Probleme in der Schule?
Wenn ja, in welcher Form, seit wann:

Wie würden Sie die Schlafqualität Ihres Kindes bezeichnen?

Wie ist die überwiegende Schlafposition Ihres Kindes?
Rücken, Bauch oder Seite?

Schläft Ihr Kind mit anderen Personen im Zimmer?

Treten ungewöhnliche Körperhaltungen auf?
(z.B. Überstrecken des Kopfes?)

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

Starkes Schwitzen im Schlaf
Nächtliches Schnarchen
Nächtliche Atempausen
Andere nächtliche Geräusche - wenn ja, was und wie oft?

Schwere morgendliche Erweckbarkeit
Morgendliche Mundtrockenheit
Mattheit / Müdigkeit am Tag
Regelmäßiger Mittagsschlaf. Dauer _____ Stunden
Plötzliches Einschlafen am Tag
Vermehrte Unruhe am Tag
Konzentrationsstörungen am Tag
Häufige Kopfschmerzen
Schlafwandeln
Alpträume
Nächtliches Aufwachen - wenn ja, wie oft?
Nächtliches Aufschrecken und Schreien oder Sprechen?
Nächtliches zur Toilette gehen / Einnässen
Wenn ja, wie oft?
Häufige Infekte

Normale Zu-Bett-Geh-Zeit Wochentags _____ Uhr, Wochenende _____ Uhr

Ungefähre Einschlafdauer _____ min

Durchschnittliche nächtliche Schlafdauer _____ Stunden (während des letzten Monats)

Anzahl der Unterbrechungen / Wachphasen pro Nacht: ca. _____

Normale Aufsteh-Zeit Wochentags _____ Uhr, Wochenende _____ UhK