

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

Ausgefüllt von Fachperson: \_\_\_\_\_

**Familie**

	<b>Name</b>	<b>Alter</b>	<b>Beschäftigung/Schichtarbeit</b>
Mutter:	_____		
Vater:	_____		
Geschwister:	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
Andere:	_____		
	_____		

**Wohnung** (Anzahl der Räume, Schlafzimmer, Schlafarrangement)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medizinische Anamnese**

a) Kind \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Familie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Belastungen in der Familie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schlafplatz  
des Kindes**

(eigenes Bett; eigenes Zimmer; gemeinsames Bett/Zimmer)

---



---

**Schlafens-  
zeit und  
-ritual**

Zeitpunkt des Zubettgehens: \_\_\_\_\_ des Einschlafens: \_\_\_\_\_

Art des Rituals: \_\_\_\_\_

---



---

Objekte (z.B. Spielzeug, Decke, Flasche, Daumen, etc.) \_\_\_\_\_

---



---

Schlafplatz (eigenes/elterliches Bett, Sofa, sonstiges allein, mit dabeisitzendem Elternteil, mit Elternteil im Bett)\_

---



---

Probleme beim Schafengehen in der abgelaufenen Woche: \_\_\_\_\_

---



---

Dauer der Störung: \_\_\_\_\_

Mögliche Auslöser: \_\_\_\_\_

**Nächtliches  
Aufwachen**

Durchschnittliche Nächte pro Woche: \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Anzahl pro Nacht: \_\_\_\_\_

Verhalten (ruft nach Eltern, geht ins Zimmer/Bett der Eltern etc.) \_\_\_\_\_

---



---

Verhalten der Eltern (auf den Arm nehmen; Getränk geben; stillen; sich zum Kind legen; Kind zu sich ins Bett nehmen; ein Elternteil tauscht mit dem Kind das Bett; sich zum Kind ins Bett legen etc.) \_\_\_\_\_

---



---

Wer geht gewöhnlich zum Kind? (Mutter; Vater; abwechselnd; andere) \_\_\_\_\_

---



---

Wen zieht das Kind vor? \_\_\_\_\_

Zeitdauer bis zum Wiedereinschlafen: \_\_\_\_\_

Häufigkeiten, mit den Eltern pro Woche mit dem Kind schlafen:

Mutter

Vater

Liegt beim Kind in der Nacht: \_\_\_\_\_

Kind kommt ins elterliche Bett: \_\_\_\_\_

Elternteil geht zum Kind ins Bett: \_\_\_\_\_

Elternteil tauscht mit Kind Bett: \_\_\_\_\_

Dauer dieser Störung: \_\_\_\_\_

Mögliche Auslöser: \_\_\_\_\_

**Schafmittel-  
einsatz**

(Substanz, Alter bei Einsatz, Dauer, Effekt)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Andere  
Massnahmen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schlaf am  
Tage**

(Zeitpunkt, Dauer, Schlafplatz, Einleitung) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Familien-  
leben**

(Babysitter, abendlicher Ausgang, Auswirkungen auf Familienleben und Partnerschaft, Übereinstimmung der Eltern hinsichtlich Umgang mit dem Schlafproblem) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eltern-  
reaktionen**

(Gefühle der Belastung, Verstimmung, Nervosität, Klagen von Nachbarn, andere Belastungen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Spiel- und  
Kontakt-  
bereich**

---

---

---

---

**Weitere  
Probleme**

---

---

---

---

---

---

---

---