

## Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Name und Vorname des Kindes:

.....

Geburtsdatum: ..... Alter: .....

Vorname der Geschwister: ..... Alter: .....

.....

.....

### 1. Rhythmus

Hat Ihr Kind einen regelmässigen Rhythmus (Einschlafzeiten, Aufwachzeiten, Tagesablauf?)

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

Wenn ja, seit wann?

.....

### 2. Schlafbedarf

Wie viel schläft Ihr Kind in 24 Stunden?

.....

Mindestens ..... Stunden

Meistens: ..... Stunden

Maximal: ..... Stunden

Wie viel davon schläft es tagsüber?

.....

### 3. Einschlafen

Wer bringt das Kind zu Bett?

.....  
.....

Wo schläft Ihr Kind (eigenes Bett und Zimmer / mit Geschwistern / bei den Eltern)?

.....  
.....

Haben Sie ein Einschlafritual? Wie sieht es aus?

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

Ist es immer gleich oder ständig wechselnd?

.....

Wie lange dauert es?

.....

Was braucht Ihr Kind zum Einschlafen (Nuggi, Tüchlein, Stillen, Flasche etc.)

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

Ist Ihr Kind noch wach, wenn Sie das Zimmer verlassen?

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

Zeigt Ihr Kind Widerstand, ins Bett zu gehen?

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

#### 4. Nächtliches Erwachen

Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es nachts aufwacht? (weinen, spielen etc.)

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

Wie verhalten Sie sich? (Licht machen, mit dem Kind sprechen etc.)

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

Stillen Sie Ihr Kind nachts?

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

Geben Sie Ihm nachts Schoppen, Tee oder Ähnliches?

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

#### 5. Verhalten im Schlaf

Beobachten Sie bei Ihrem Kind Schnarchen, Atemstörungen (Atempausen, erschwertes Atmen), unruhigen Schlaf oder eigenartige Schlafpositionen?

.....  
.....

Anderes:

.....

#### 6. Verhalten am Tag

Wie verhält sich Ihr Kind tagsüber? (zufrieden, anhänglich, klammernd etc. )

.....

.....  
.....  
.....  
Beobachten Sie bei Ihrem Kind vermehrte Tagesmüdigkeit?

.....  
.....

**7. Massnahmen**

Welche Massnahmen haben Sie schon ergriffen, um das Schlafproblem zu lösen?  
(Medikamente, alternative Medizin, erzieherische Schritte)

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

**8. Weiteres**

Haben Sie noch andere Hinweise, die für uns von Bedeutung sein könnten?

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

Schlafsprechstunde  
Abteilung Entwicklungspädiatrie  
Kinderspital  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zürich