

Schlafstörungen bei Kindergarten- und Schulkindern

Name und Vorname des Kindes:.....

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

Geschwister: Name:..... Alter:.....

 Name:..... Alter:.....

 Name:..... Alter:.....

Art der Schlafprobleme (sich weigern, ins Bett zu gehen/Einschlaf- oder Durchschlafprobleme)?

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

Wie verhalten Sie sich als Eltern bei den genannten Schlafproblemen?

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

Wie oft in der Woche tritt das Problemverhalten auf?

.....
.....

Wie sieht das Einschlafritual aus?

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

Wann geht das Kind ins Bett?

.....

Wann schläft es üblicherweise ein?

.....

Schnarcht ihr Kind? Macht es Atempausen?

.....

.....

.....

Besteht eine auffällige Kopf- oder Körperhaltung beim Schlafen?

.....

.....

.....

Wie wacht Ihr Kind am Morgen auf?

.....

.....

.....

Ist Ihr Kind am Tag müde und wenn ja, wie äussert sich dies?

.....

.....

.....

.....

Wie verändert sich das Schlafproblem an den Wochenenden bzw. in den Ferien?

.....

.....

.....

Welches Familienmitglied ist am stärksten mit dem Schlafproblem des Kindes konfrontiert?

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

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

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

Kann Ihr Kind auswärts schlafen?

.....
.....

Alter des Kindes bei Beginn der Schlafprobleme?

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

Andere verhaltensmässige oder emotionale Besonderheiten des Kindes?

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

Ist Ihr Kind gesund?

.....
.....

Gibt es andere Belastungen in Ihrer Familie?

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

Was befürchten Sie, wenn alles so weitergeht wie bisher?

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

Mögliche Erklärungen für die Schlafprobleme des Kindes?

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

Bisherige Behandlungsversuche?

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

Was erwarten Sie von der Beratung?

.....
.....

Schlafsprechstunde
Abteilung Entwicklungspädiatrie
Kinderspital
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich