

Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Name / Vorname des Kindes

Vorname der Geschwister Alter

.....
Geburtsdatum

Alter

.....
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?

Wie viel schläft es tagsüber?

Mindestens Stunden

.....

Meistens Stunden

Maximal Stunden

3. Einschlafen

Wer bringt das Kind zu Bett?

Wie lange dauert es?

.....

.....

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

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

.....

.....

Haben Sie ein Einschlafritual? Wie sieht es aus?

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

.....

.....

Ist es immer gleich oder ständig wechseln?

Zeigt Ihr Kind Widerstand ins Bett zu gehen?

.....

.....

4. Nächtliches Erwachen

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

Stillen Sie Ihr Kind nachts?

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

.....
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 usw.)?

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?

.....
.....