

Anamnesebogen Kinderschlaflabor

Bitte vollständig ausfüllen und zur Untersuchung mitbringen.

1) Allgemeine Angaben

Name, Vorname [Kind]	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> divers
Größe / Gewicht	
Muttersprache(n)	
Schule/Kita [Klasse/Gruppe]	

2) Erziehungsberechtigte / Kontakt

Name	
Telefon	
E-Mail	
Adresse	
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

3) Überweisung / Fragestellung

Überweisende Praxis/Klinik	
Überweisende/r Arzt/Ärztin	
Hauptgrund der Vorstellung [kurz]	
Seit wann bestehen die Beschwerden?	
Fragestellung / Ziele der Untersuchung	

4) Schlafgewohnheiten allgemein

Wochentage (Mo-Fr)

Zubettgehzeit	
Einschlafdauer	<input type="checkbox"/> <15 min <input type="checkbox"/> 15-30 min <input type="checkbox"/> 30-60 min <input type="checkbox"/> >60 min
Aufstehzeit	
Gesamtschlaf (geschätzt)	

Wochenende/Ferien

Zubettgehzeit	
Aufstehzeit	

Schlafort	<input type="checkbox"/> eigenes Bett <input type="checkbox"/> Elternbett <input type="checkbox"/> wechselt
Einschlafen nur mit	<input type="checkbox"/> Eltern anwesend <input type="checkbox"/> Stillen/Flasche <input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> Körperkontakt
Weitere Bedingungen	<input type="checkbox"/> Musik/Hörspiel <input type="checkbox"/> Licht an <input type="checkbox"/> anderes: _____
Bildschirm am Abend	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis _____ Uhr
Nickerchen/Mittagschlaf	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Uhrzeit _____ Dauer _____ min

Aufwachen pro Nacht	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> >3x
Wachzeiten gesamt	<input type="checkbox"/> <15 min <input type="checkbox"/> 15-60 min <input type="checkbox"/> >60 min
Hilfe beim Wiedereinschlafen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja [wie?]: _____

Schnarchen	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> jede Nacht
Atempausen beobachtet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unsicher
Unruhiger Schlaf / angestrenzte Atmung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mundatmung / trockener Mund morgens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Starkes Schwitzen nachts	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schlafposition meist	<input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Seite <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> wechselnd
Nächtlicher Husten/Atemnot	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nasenatmung chronisch eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Vergrößerte Mandeln/Polypen bekannt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nächtliches Einnässen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft/Woche: _____

Unruhige Beine / Zappeln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Zähneknirschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Häufigkeit: _____	
Nachtschreck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Alpträume	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sprechen im Schlaf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Rhythmische Bewegungen (Kopf-/Körperwiegen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Anfälle/Epilepsie-Verdacht nachts	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unsicher
Wenn ja: bitte kurz beschreiben (Ablauf, Uhrzeit, Dauer, Auslöser)			

5) Tagessymptome

Morgens erholt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
Einschlafen am Tag	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	
Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Hyperaktivität/Unruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Reizbarkeit/ Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Kopfschmerzen morgens	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Leistung in Schule/Kita auffällig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja [wie?]: _____		
Sekundenschlaf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

6) Vorerkrankungen / Entwicklung

Frühgeburt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, SSW: _____ Geburtsgewicht: _____ g
Wenn ja: Gab es dabei Komplikationen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Entwicklung altersgerecht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein [welche Auffälligkeiten?]: _____

11) Hinweise für die Untersuchung/Nacht im Schlaflabor

Begleitperson	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere: _____
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Orthesen <input type="checkbox"/> anderes: _____
Nächtliche Ernährung [Stillen/Flasche]	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Windel nachts	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besondere Bedürfnisse/Ängste/Hinweise	

12) Einwilligung

Ich/Wir willige(n) in die Durchführung der schlafmedizinischen Untersuchung ein [z. B. Polygraphie/Polysomnographie].

Ich/Wir willige(n) einer Video-/Audioaufzeichnung ein: ja nein

Ich/Wir willige(n) in die Verarbeitung der Daten gemäß Datenschutzhinweisen ein.

Ort/Datum	
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r	