Schlafprotokoll

Kliniken Ostalb
Ostalb-Klinikum Aalen

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderschlaflabor

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum Beginn: _____ Datum Ende: _____

Patientenaufkleber

Uhrzeit Datum	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Schlafdauer gesamt (Std.)	1) Schlafereignis	2) Aktivitäten	3) Aufwachen	4) Kind erholt?	War heute ein typischer Tag? Sonstige Kommentare

Legende: ↓ Zubettgehen ↑ Aufstehen _____ Schlaf ! Schlafereignis (z.B. Albtraum, Sprechen im Schlaf, Schlafwandeln) ☐ Wachphasen sind als Lücke zu vermerken

Bitte beantworten Sie täglich folgende Fragen durch Einzeichnen der entsprechenden Kürzel in der Schlaftabelle:

1) Falls Sie **Schlafereignisse (!)** im Schlafverlauf eingezeichnet haben, um welche Ereignisse handelt es sich hierbei?
A Albtraum **B** Sprechen im Schlaf **C** Schreien im Schlaf **D** Schlafwandeln **E** Sonstiges (z.B. Atempausen, Einnässen): _____ **F** Sonstiges: _____

2) Welche Aktivität führte ihr Kind vor dem Zubettgehen durch?
A Lesen **B** Smartphone, Tablet, TV **C** Streit **D** Baden, Duschen **E** Spielen **F** Sonstiges: _____ **G** Sonstiges: _____

Gibt es typische Aktivitäten **nach** dem Zubettgehen für ihr Kind? _____

3) Wie ist ihr Kind **aufgewacht**? **A** Selbstständig **B** Musste geweckt werden

4) War Ihr Kind **ausgeschlafen/erholt**? 😊 Ja 😐 mittel ☹ nein

Sonstige Kommentare: _____
_____
_____