



Elternfragebogen zur Schlafberatung

Datum:

Liebe Eltern,

es hilft uns sehr, wenn Sie diesen Fragebogen kurz vor unserem ersten Kurs- oder Beratungstermin ausfüllen und mitbringen. Sollten sich Fragen oder Unklarheiten ergeben, besprechen wir diese gemeinsam.

Name des begleitenden
Elternteils:

Geburtsdatum:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Anzahl der Geschwister:

Alter:

Krankenkasse/Nr.:

Versicherungsnummer:

1. Anmerkungen zur **Ernährung** des Kindes

(Brust, Flasche, satt und zufrieden nach der Mahlzeit, Spucken oder Erbrechen):

Geschätzte Gewichtszunahme:

Zeitabstände zwischen den Mahlzeiten:

2. **Körperliche Voraussetzung/ Gesundheit** des Kindes (Gibt es chronische oder akute Erkrankungen, Behinderungen, Muskeltonus des Kindes, ggf. therapeutische Behandlungen (z.B. Osteopathie, Physiotherapie), Blähungen, Soor, Wundsein?)

3. Wie ist das **aktuelle Schlafverhalten** des Kindes?

Schreit das Kind beim **Einschlafen?** (regelmäßig oder unregelmäßig, zu bestimmten Zeiten, tagsüber, nachts? Wie lange? Wie häufig? Wie lange insgesamt in 24 Std.?)

Gibt es eher Probleme beim Einschlafen oder Durchschlafen oder beides?

Welche **Einschlafhilfen** benutzen Sie (Brust, Schnuller, Tragen, Pucken, Finger, Spieluhr, Geräusche z.B. Fön oder Staubsauger)?

4. Gibt es aus ihrer Sicht Vermutungen über **Zusammenhänge**?

5. Welche **Empfehlungen und Behandlungen** gab es bisher?

6. Wie ist die **Wohnumgebung** des Kindes (ältere Geschwister, Lärmquellen, Lautstärke, Baustellen, Verkehrslärm, z.B. Handy, Sendemasten)?

7. Gibt es zur Zeit besondere **emotionale Belastungen?** (Welcher Art)?

8. Wie sollte das **Schlafverhalten Ihres Kindes idealer Weise** aussehen?

9. Was ist Ihr jetziges **Beratungsziel?**

10. Was ist Ihnen sonst noch wichtig?