

Liebe Eltern,

um Ihrem Kind bestmöglich bei den aktuellen Schlafproblemen helfen zu können, möchten wir Ihr Kind besser kennenlernen und bitten Sie daher diesen Fragebogen ausgefüllt zusammen mit dem Schlafprotokoll bei Rückgabe des Gerätes abzugeben.



Vielen Dank!

Ihr Team der Kindermedizin Leo 9

ausgefüllt von: _____ ausgefüllt am: _____

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Telefon: _____ Email: _____

Datum der geplanten Untersuchung: _____ Einschlafzeit: _____ Uhr

Fragebogen Polygraphie SBAS

Besteht eine Vorerkrankung bei ihrem Kind (Herzfehler, Frühgeburt, genetische Erkrankung...)?

Welchen Grund hat die Schlaflaboruntersuchung?

Seit wann bestehen die Symptome?

Wie häufig beobachten sie diese Symptome?

Nimmt die Häufigkeit zu?

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja – welche?

Besteht nächtliches Schnarchen?

Wurde bereits eine HNO-ärztliche Untersuchung durchgeführt? Gibt es Befunde? (bitte mitbringen)

Haben sie Atempausen beobachtet? Wie lange dauerten diese?

Wacht ihr Kind nachts auf? Wie häufig? Ist es dann ansprechbar?

Kann sich Ihr Kind an Alpträume erinnern?

Ist ihr Kind morgens schwer erweckbar?

Schwitzt ihr Kind nachts? Oder nässt ein?

Tritt bei Ihrem Kind im Tagesverlauf eine verminderte Konzentration oder vermehrte Müdigkeit auf?

Atmet ihr Kind vor allem mit offenem Mund?

Hält ihr Kind Mittagsschlaf?

Wird im Haushalt geraucht?

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt?

Kreuzen Sie bitte für jede Frage die Zahl an, welche am ehesten auf die geschilderten Beschwerden oder Symptome über den Zeitraum der letzten 4 Wochen zutrifft. Vielen Dank.

| | Niemals | vereinzelt | gelegentlich | manchmal | oft | meistens | immer |
|---|---------|------------|--------------|----------|-----|----------|-------|
| Schlafstörungen | | | | | | | |
| Wie oft hat ihr Kind während der letzten 4 Wochen... | | | | | | | |
| ... laut geschnarcht? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... nächtliche Atemaussetzer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... keuchende/ziehende Atemgeräusche? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... unruhig geschlafen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Körperliche Symptome | | | | | | | |
| Wie oft hat ihr Kind während der letzten 4 Wochen... | | | | | | | |
| ... über den Mund geatmet? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... Infekte der oberen Luftwege? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... eine laufende Nase? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... Schwierigkeiten beim Schlucken? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Psychische Beschwerden | | | | | | | |
| Wie oft zeigte ihr Kind während der letzten 4 Wochen... | | | | | | | |
| ... Stimmungsschwankungen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... aggressives/zappeliges Verhalten? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... Probleme die Disziplin zu halten? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Beschwerden am Tag | | | | | | | |
| Wie oft litt ihr Kind während der letzten 4 Wochen... | | | | | | | |
| ... Tagesschläfrigkeit, -müdigkeit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... Konzentrationsstörungen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... Schwierigkeiten morgens aufzustehen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Eigene Befürchtungen | | | | | | | |
| Hatten Sie in den letzten 4 Wochen... | | | | | | | |
| ... Sorge um die generelle Gesundheit Ihres Kindes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... Sorge Ihr Kind könnte nicht genug Luft bekommen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... dadurch Schwierigkeiten Ihre eigenen Aktivitäten zu verrichten? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ... dadurch ein frustriertes Gefühl? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Gesamtzahl der Punkte: _____

