



SNAKE

**SCHLAFFRAGEBOGEN FÜR KINDER
MIT NEUROLOGISCHEN UND
ANDEREN KOMPLEXEN
ERKRANKUNGEN**

Deutsches Kinderschmerzzentrum und Kinderpalliativzentrum
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke

Dr. Friedrich-Steiner-Str. 5
45711 Datteln

Fon: 0049 2363 975 180
Fax: 0049 2363 975 181

E-Mail: info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de
Web: www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de
www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum

Schlaffragebogen für Kinder mit neurologischen und anderen komplexen Erkrankungen
Version 1.0

© Prof. B. Zernikow, 2014

Design: Dirk Pleyer, 1:BEIDE, Bochum
Layout: Barbara Gertz, Deutsches Kinderschmerzzentrum u. Kinderpalliativzentrum



Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll uns helfen, einen ausführlichen Überblick über die Schlafproblematik Ihres Kindes zu gewinnen und eine entsprechende Therapie einzuleiten. Alle Informationen, die wir aus diesem und den weiteren Fragebögen sowie durch Gespräche erhalten, bleiben strikt vertraulich.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Schlafstörungen sind ein so umfassendes Problem, dass auch scheinbar unwichtige Einzelheiten für uns Bedeutung haben. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten und die Ihres Kindes unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht.**

Um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Schlafstörungen fortlaufend durch wissenschaftliche Begleitung zu verbessern, benötigen wir Angaben von Ihnen und Ihrem Kind. Diese Angaben werden anonymisiert verarbeitet, d.h. sie können keiner bestimmten Person zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Speicherung der Daten Ihres Kindes und von Ihnen. Dieses Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Falls Sie keine Einverständniserklärung erteilen möchten bzw. zu irgendeinem Zeitpunkt Ihr Einverständnis widerrufen, entsteht selbstverständlich kein Nachteil bei der Behandlung Ihres Kindes.

Ihr Palliativteam

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Vor- und Nachname Ihres Kindes

ICH BIN MIT DEM SPEICHERN UND ANONYMEN VERWENDEN DER IN DEN FRAGEBÖGEN ERHOBENEN DATEN MEINES KINDES UND VON MIR EINVERSTANDEN.

- Ja
 Nein

Ort und Datum

Unterschrift beider Eltern*

* Bei besonderen familiären Situationen (z.B. Trennung der Eltern, Alleinerziehende) interessieren uns die Aussagen von denjenigen Bezugspersonen, die seit mindestens einem Jahr mit Ihrem Kind zusammen leben.

ALLGEMEINE DATEN ZUM KIND UND SEINER FAMILIE

DER BOGEN WIRD AUSGEFÜLLT VON:

Mutter Vater andere:

ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU IHREM KIND:

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsland:

Alter: Jahre Größe: cm Gewicht: kg

Welche Diagnose (Diagnosen) erhielt Ihr Kind?

.....
.....
.....

Welche Medikamente erhält Ihr Kind?

Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:

Informationen zu Ihrer Familie

Eltern leben zusammen Eltern sind geschieden/getrennt seit:

Elternteil verwitwet seit: Eltern lebten nie zusammen

Bei wem lebt Ihr Kind überwiegend?

leibliche Eltern leibliche Mutter leiblicher Vater

leibliche Mutter mit Partner leiblicher Vater mit Partner

Großeltern oder andere Angehörige Adoptiveltern Pflegeeltern

Pflegeheim sonstige (bitte ergänzen)

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? Kinder

Wie viele Menschen leben in Ihrem Haushalt (einschließlich Kinder)? Personen

TEIL I – SCHLAFGEWOHNHEITEN IHRES KINDES

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DEN SCHLAF IHRES KINDES IN DEN **LETZTEN VIER WOCHEN**.
BITTE DENKEN SIE DAHER BEI DER BEANTWORTUNG ALLER FRAGEN AN DIESEN ZEITRAUM!

1. WANN HABEN SIE IHR KIND NORMALERWEISE ABENDS INS BETT GEBRACHT?	etwa Uhr
2. WIE LANGE HAT ES DURCHSCHNITTLICH GEDAUERT, BIS IHR KIND ABENDS EINGESCHLAFEN IST?	etwa Minuten
3. WIE VIELE STUNDEN HAT IHR KIND PRO NACHT TATSÄCHLICH GESCHLAFEN?	etwa Stunden

4. KREUZEN SIE BITTE DIE ANTWORTKATEGORIE AN, DIE AM BESTEN AUF IHR KIND IN DEN **LETZTEN VIER WOCHEN** ZUTRIFFT.

	Nie	Weniger als 1mal/Woche	1-2mal/Woche	3mal oder häufiger/Woche
4a. Wie oft wollte Ihr Kind abends nicht ins Bett gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4b. Wie oft hatte Ihr Kind Ängste beim (Ein-)Schlafen (z.B. vor der Dunkelheit) oder vor dem Alleinsein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4c. Wie oft hat Ihr Kind Ihre Unterstützung beim Einschlafen gebraucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4d. Wie oft war Ihr Kind nachts unruhig und hat sich umhergewälzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4e. Wie oft ist Ihr Kind nachts aufgewacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4f. Wie oft hatte Ihr Kind nach dem Aufwachen nachts Schwierigkeiten wieder einzuschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4g. Wie oft hat Ihr Kind nachts in Ihrem Bett geschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4h. Wie oft hat Ihr Kind mit anderen Personen in einem Zimmer geschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4i. Wie oft hat Ihr Kind Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschrieben oder frei verkäuflich)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte Name und Dosis angeben:

5. WIE LANGE WAR IHR KIND NACH IHRER EINSCHÄTZUNG PRO NACHT DURCHSCHNITTLICH WACH?

etwa Stunden

6. WIE GUT HAT IHR KIND INSGESAM GESCHLAFEN?

- sehr gut gut
 befriedigend schlecht

GEBEN SIE BEI DEN FOLGENDEN FRAGEN AN, WIE HÄUFIG DIE EINZELNEN SITUATIONEN BEI IHREM KIND IN DEN **LETZTEN VIER WOCHEN** VORKAMEN.

7. WIE OFT WAR IM SCHLAFZIMMER IHRES KINDES NACHTS ...

	Gar Nicht	Weniger als 1mal/Woche	1-2mal/Woche	3 mal oder häufiger/Woche
7a. ... das Licht an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7b. ...Lärm (z.B. Straßenlärm) zu hören?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7c. ... das Radio oder der Fernseher an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7d. ... die Türe offen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. WIE OFT HAT IHR KIND SCHLECHT GESCHLAFEN, WEIL ES...

	Gar Nicht	Weniger als 1mal/Woche	1-2mal/Woche	3 mal oder häufiger/Woche
8a. ...Schmerzen hatte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8b. ... epileptische Anfälle hatte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8c. ... Beschwerden beim Atmen hatte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8d. ... umgelagert werden musste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8e. ... durch medizin. Maßnahmen gestört wurde? (z. B. Infusion, Korsett, Beatmungsgerät)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8f. ... aus anderen Gründen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beschreiben Sie:

9. WENN IHR KIND NACHTS NICHT GESCHLAFEN HAT, WIE OFT TAT ES DANN FOLGENDE DINGE?

	Gar Nicht	Weniger als 1mal/Woche	1-2mal/Woche	3 mal oder häufiger/Woche
9a. ... es war unruhig in seinem Bett.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9b. ... es weinte oder schrie in seinem Bett.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9c. ... es tat andere Dinge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beschreiben Sie:

10. WIE OFT HAT IHR KIND NACHTS IM SCHLAF ...

	Gar Nicht	Weniger als 1mal/Woche	1-2mal/Woche	3 mal oder häufiger/Woche
10. ... geschnarcht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10a. ... Atemaussetzer gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10b. ... den Kopf nach hinten überstreckt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10c. ... mit den Zähnen geknirscht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10d. ... stark geschwitzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10e. ... etwas anderes auffälliges getan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beschreiben Sie:

TEIL II – AKTIVITÄT IHRES KINDES AM TAG

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DAS AUFWACHEN IHRES KINDES UND SEIN VERHALTEN AM TAG. BITTE DENKEN SIE BEI DEN FRAGEN WIEDER AN **DIE LETZTEN VIER WOCHEN!**

11. WANN IST IHR KIND GEWÖHNLICH MORGENS AUFGEWACHT?

um Uhr

BITTE KREUZEN SIE BEI DEN FOLGENDEN FRAGEN JEWEILS DIE ANTWORTKATEGORIE AN, DIE AM EHESTEN AUF IHR KIND IN DEN **LETZTEN VIER WOCHEN** ZUTRIFFT.

12. WIE OFT IST IHR KIND TAGSÜBER EINGESCHLAFEN?

- gar nicht weniger als 1mal/Woche
 1- oder 2mal/Woche 3mal oder häufiger/Woche

13. WENN IHR KIND NACHTS SCHLECHT GESCHLAFEN HAT, WIE OFT ZEIGTE ES TAGSÜBER VERMEHRT DIE FOLGENDEN REAKTIONEN?

	NIE	SELTEN	GELEGEN- LICH	HÄUFIG
13a. ... körperlich schlapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13b. ... plötzlich eingeschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13c. ... unausgeglichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13d. ... unruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13e. ... aggressiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beschreiben Sie:

13f. ... in anderer Hinsicht verhaltensauffällig

-

Bitte beschreiben Sie:

14. WIE VIELE STUNDEN HAT IHR KIND TAGSÜBER INSGESAM GESCHLAFEN?

etwa Stunden

