

KINDERÄRZTLICHER SCHLAFFRAGEBOGEN
 Sleep-Disordered Breathing Subscale Version 1.0 GERMAN
 PSQ-SRBD-Subscale-DE: © Wiater/Sagheri 2009

Heutiges Datum: _____

Name des Kindes: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf das Verhalten Ihres Kindes während des Schlafes und des Wachseins: Die Fragen beziehen sich darauf, wie sich ihr Kind **gewöhnlich/normalerweise** im **letzten Monat** verhalten hat und nicht unbedingt in den letzten Tagen, da diese nicht typisch sein müssen, falls es Ihrem Kind nicht gut ging.

- **Bitte kreuzen Sie Ihre Antworten an.**
- **„WN“ bedeutet hierbei „Weiß nicht“.**

	Ja	Nein	WN
1. Haben Sie bemerkt, dass Ihr Kind während des Schlafens...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr als die Hälfte der Zeit schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...immer schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...laut schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...schwer oder laut atmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Schwierigkeiten hat zu atmen oder nach Luft ringt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie jemals gesehen, dass Ihr Kind in der Nacht aufhört zu atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neigt Ihr Kind tagsüber dazu, durch den Mund zu atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens aufwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Macht Ihr Kind gelegentlich ins Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fühlt sich Ihr Kind nach dem Aufwachen am Morgen nicht erfrischt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind Probleme mit Schläfrigkeit am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat ein Lehrer oder anderer Betreuer darauf hingewiesen, dass Ihr Kind tagsüber schläfrig erscheint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist es schwierig, Ihr Kind morgens aufzuwecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wacht Ihr Kind morgens mit Kopfschmerzen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat Ihr Kind zu irgendeiner Zeit seit der Geburt aufgehört normal zu waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ist Ihr Kind übergewichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mein Kind...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...scheint oft nicht zuzuhören, wenn es direkt angesprochen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist oft leicht abgelenkt durch äußere Reize.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zappelt oft mit Händen und Füßen oder rutscht im Sitzen hin und her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist ständig in Bewegung oder verhält sich wie von einem Motor angetrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...unterbricht oder mischt sich oft bei anderen ein(z.B. platzt dazwischen bei Gesprächen oder Spielen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!