

# Klinikum Konstanz Klinik f. Kinder und- Jugendliche mit SPZ

Spitalstiftung von 1225  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universität Freiburg



**S 03**

## Schlaf-Wach-Protokoll Für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

|                                   | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|-----------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|--|
| Ruhig mit sich beschäftigt        |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |  |
| Gemeinsames Spiel                 |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |  |
| Herumtragen, auf dem Schoß sitzen |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |  |
| Essen                             |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |  |
| Schlafen                          |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |  |
| Quengeln oder Unruhe              |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |  |
| Schreien                          |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |  |

**Zusätzlich können folgende Punkte notiert werden**

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Im eigenen Bett                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Im elterlichen Bett                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Beruhigungshilfen (z.B. Schnuller, Tee) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |   |
|---|---|
| Uhrzeit des Ins-Bett-Bringens: _____                | Wie haben Sie sich heute gefühlt?   |
| Dauer des Einschlafens: _____                       | Sehr gut 1      2      3      4      5      6 sehr schlecht                   |
| Anzahl des nächtlichen Aufwachens: _____            | Wann war an diesem Tag der schönste Moment mit Ihrem Kind und wie sah er aus? |
| Uhrzeit des morgendlichen Ausgeschlafenseins: _____ | _____   |