

# Gesundheitsfragebogen Kinder

Stand: Juli 2021



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geschlecht des Kindes:  w  m  div

## SCHLAF

Ihr Kind ...

... braucht länger als 20 Minuten zum Einschlafen?  Ja  Nein

... schläft mit offenem Mund?  Ja  Nein

... strampelt sich im Schlaf die Bettdecke weg?  Ja  Nein

... bewegt sich im Schlaf viel?  Ja  Nein

... wacht auf und:

a. schaut sich um, schläft wieder ein?  Ja  Nein

b. geht auf die Toilette?  Ja  Nein

c. geht zu den Eltern ins Bett?  Ja  Nein

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

... schafft es nicht auf die Toilette und

macht ins Bett (oder trägt eine Windel)?  Ja  Nein

... schlafwandelt oder leidet unter Nachtschreck?  Ja  Nein

... liegt im Schlaf mit dem Kopf überstreckt

am Rand oder mit vielen Kissen im Rücken?  Ja  Nein

... benötigt Hilfsmittel zum Schlafen wie

z.B. eine Therapiedecke, Grow Clock ... ?  Ja  Nein

## Hören Sie Ihr Kind im Schlaf

a. atmen?  Ja  Nein

b. knirschen?  Ja  Nein

c. schnarchen?  Ja  Nein

Falls ja, hält es ab und zu den Atem dabei an?  Ja  Nein

## GEWOHNHEITEN

Ihr Kind...

... benutzt noch einen Schnuller oder Daumen?  Ja  Nein

... wacht morgens mit einem trockenen

Mund/ Hals auf?  Ja  Nein

... bekommt schnell Seitenstiche beim Laufen?  Ja  Nein

... hat oft Kopfschmerzen/Übelkeit?  Ja  Nein

Wenn ja, wie oft: \_\_\_\_\_

## STILLEN

Hatten/Mussten Sie...  Ja  Nein

... Probleme beim Stillen?  Ja  Nein

... Schmerzen beim Stillen?  Ja  Nein

... sehr häufig stillen?  Ja  Nein

## SPRACHE

Ihr Kind ...  Ja  Nein

... ist in Sprachtherapie/Logopädie?  Ja  Nein

... hat ein ungewöhnliches Sprachverhalten?  Ja  Nein

## VERHALTEN

Ihr Kind...  Ja  Nein

... wacht morgens unausgeschlafen auf?  Ja  Nein

... ist auch tagsüber müde?  Ja  Nein

... lässt sich schwer morgens wecken?  Ja  Nein

... benötigt noch einen Mittagsschlaf?  Ja  Nein

... hat morgens Mundgeruch/Halsschmerzen?  Ja  Nein

... kann sich nicht in der Schule konzentrieren?  Ja  Nein

... erscheint oft:

a. antriebslos  Ja  Nein

b. zappelig  Ja  Nein

... leidet an ADHS/ADS?  Ja  Nein

## GESUNDHEIT

Ihr Kind...  Ja  Nein

... hat Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

... hat Asthma?  Ja  Nein

... hat Augenringe?  Ja  Nein

Anzahl der Ja-Antworten \_\_\_\_\_