

Direkte Befragung der Eltern:

am _____

ja nein

- Hat Ihr Kind Schlafstörungen? beim Einschlafen beim Durchschlafen
- Schläft Ihr Kind allein ? mit Geschwistern im Elternschlafzimmer
- Schnarcht Ihr Kind? manchmal regelmäßig mit Aussetzer
- Schwitzt Ihr Kind nachts?
- Schnarcht jemand der Eltern? Vater Mutter
- Hat jemand von den Eltern eine Schlafapnoe? Vater Mutter
- Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?
- War Ihr Kind beim Hals-Nasen-Ohrenarzt?
 - Tonsillen And entfernt? Adenoide And entfernt?
- Lutschte Ihr Kind früher am Daumen Beruhigungssauger
- Ist Ihr Kind ein Bettnässer?
- Ist Ihr Kind übergewichtig?

Angaben zum Kind: Junge Mädchen

Name

Vorname

geb.