



Anamnesebogen Schlafberatung ab dem 12. Monat

Datum			
Name der Mama		Geburtsdatum	
Name des Kindes		Geburtsdatum	
Adresse			
E-Mail			
Telefon			
Geschwister	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Name und Alter	

Schwangerschaft	
Wurde dein Baby zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche SSW?: korrigiertes Alter:
Hattest du Eisenmangel?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?:
Wie hast du deine Schwangerschaft erlebt?	

Geburt	
In welcher SSW?	
Geburt	<input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Saugglocke/KIWI/Zange <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt,
Geburtsgewicht Baby	
Aktuelles Gewicht Kind	
Wie verlief die Geburt? Gab es Komplikationen? Durftest du das Geburts-Bonding erleben?	



Wochenbett

Wie verlief dein Wochenbett und die erste Zeit mit deinem neugeborenen Baby?

Informationen zum Kind

Hat dein Kind kürzlich größere Entwicklungsschritte erreicht? z. B. krabbeln, sitzen, hochziehen, stehen, laufen, etc.

Schnarcht dein Kind?

nein ja

Atmet dein Kind häufig durch den Mund? Vor allem beim Schlafen?

nein ja

Hatte dein Kind in den ersten 3-4 Monaten Schwierigkeiten mit exzessiven Schreien/Koliken/Reflux/Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Gibt es medizinische Diagnosen oder Bedenken?

Wurden die Schlafprobleme mit dem KiA besprochen?

Wie sieht ein durchschnittlicher Tag vom Aufstehen bis zum Schlafen gehen aus? Hier sind vor allem die Aktivitäten wichtig. (Spielplatz, Freunde besuchen, Spaziergang usw.)



Wie sieht eine durchschnittliche Nacht aus vom Schlafen gehen bis zum Aufstehen? (wo und wie schläft das Kind, kuscheln, weinen usw.)

Wie würdest du dein Baby beschreiben? (neugierig, aufgeweckt, ruhig, beobachtend, glücklich, ängstlich, fremdeln, aufgeschlossen usw.)

Ernährung deines Kindes

Stillst du dein Kind noch oder bekommt es noch die Flasche?

nein ja, Mal in 24 h

Wie ernährst du dein Kind?

vegan
 vegetarisch
 sonstiges

Brei
 Baby-led-weaning
 Familientisch

Zu welchen Tageszeiten bekommt dein Kind Beikost? Bitte beschreibe auch die Menge.

Schlafumgebung

Wo schläft dein Kind? (Beistellbett, eigenes Bett, Familienbett, eigenes Zimmer usw.) Bitte beschreibe und skizziere

Worin schläft dein Baby? (Schlafsack, Pucksack, Decke, usw.)



Beschreibe die Schlafumgebung tagsüber und abends/nachts.

Routinen

Habt ihr ein Einschlafritual für abends und auch für tagsüber? Wie sieht das aus?

Braucht dein Kind Einschlafhilfen (Brust, Schnuller, Kuscheltier, Tragen usw.) und wie lange dauert es?

Wann steht ihr morgens auf?

Macht dein Kind Tagesschläfchen? Wenn ja, wann und wie lange?

Wann geht dein Kind abends ins Bett?

Wacht dein Kind nachts (oft) auf? Gibt es lange Wachphasen? Und wie hilfst du ihm zurück in den Schlaf?



Belastungssituation

Hast du Unterstützung durch deinen Partner/deine Partnerin oder Freunde/Verwandte und kannst du dir auch mal Zeit für dich nehmen?

Gibt es aktuell belastende Umstände oder Situationen, die die Schwierigkeiten mit dem Schlaf begünstigen könnten? (Streit mit dem Partner, neue Schwangerschaft, Verlust einer nahestehenden Person, Stress im Alltag z.B. mit Geschwisterkindern, usw.)

Wer betreut dein Kind während du arbeitest und wie wird es da zum Schlafen gebracht?

Hast du sonst bestimmte Termine oder Verbindlichkeiten?

Schreit/weint dein Kind viel? Wie fühlst du dich dabei?

Wie lange bestehen die Schlafprobleme deines Kindes schon? War es schon einmal besser?



Bitte schildere ganz genau, was dich an der Schlafsituation deines Kindes bedrückt und priorisiere.

Was hast du bereits alles versucht, um die Schlafsituation zu verbessern?

Wie stellst du dir die optimale Schlafsituation vor? Was möchtest du durch die Beratung erreichen? Bitte beschreibe und priorisiere.

Wie stark belastet dich die aktuelle Schlafsituation?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr möchtest du, dass sich die aktuelle Schlafsituation verändert?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es sonst noch etwas, das du mir gerne mitteilen möchtest?

Wie bist Du zu mir gekommen?

Empfehlung Google Instagram Facebook