



Anamnesebogen Schlafberatung ab dem 5. bis zum 12. Monat

Datum			
Name der Mama		Geburtsdatum	
Name des Babys		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 Baby	
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 Baby

Hat dein Baby kürzlich größere Entwicklungsschritte erreicht? z. B. drehen, krabbeln, stehen, laufen, etc.

Schnarcht dein Baby?

nein ja

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

nein ja

Verwendet dein Baby einen Schnuller?

nein ja, seit wann und wie?

Hatte dein Baby in den ersten 3-4 Monaten Schwierigkeiten mit exzessiven Schreien/Kolikien/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 Babys

Stillst du dein Baby noch?

nein, es bekommt die Flasche ja, Mal in 24 h

Habt ihr bereits Beikost eingeführt?

nein ja

Überspringe diesen Abschnitt, falls das noch nicht der Fall ist.

Wie ernährst du dein Baby?

vegan
 vegetarisch

Brei
 Baby-Led-Weaning

Zu welchen Tageszeiten bekommt dein Baby Beikost? Bitte beschreibe welche Nahrungsmittel auch die Menge.

Schlafumgebung

Wo schläft dein Baby? (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 Baby Einschlafhilfen (Brust, Schnuller, Kuscheltier, Tragen usw.) und wie lange dauert es?

Wann steht ihr morgens auf?

Macht dein Baby Tagesschläfchen? Wenn ja, wie viele, wann und wie lange?

Wann geht dein Baby abends ins Bett?

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



Braucht dein Baby Einschlafhilfen? (Brust, Schnuller, Kuscheltier, Tragen usw.)

--

Belastungssituation

Hast du Unterstützung durch deinen Partner/deine Partnerin oder Freunde/Verwandte bei der Versorgung deines Babys 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 Baby während du arbeitest und wie wird es da zum Schlafen gebracht?

--

Hast du sonst bestimmte Termine oder Verbindlichkeiten?

--

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

--

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

--



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

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

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

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 noch etwas, dass du für die Schlafberatung relevant findest und mir gerne mitteilen möchtest?

Wie bist du zu mir gekommen?

Empfehlung Google Instagram Facebook