

Sleep Self Report - DE (für Kinder von 7-12 Jahren)

Diese Fragen beziehen sich auf Deinen Schlaf. Lies Dir alle Fragen genau durch oder lass sie Dir von Deinen Eltern oder dem Untersucher vorlesen. Bitte markiere Deine Antwort auf jede Frage in den Kästchen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte frage nach, wenn Du eine Frage nicht verstehst. Vielen Dank!

1. Wer in Deiner Familie bestimmt, wann Du ins Bett gehst?
☐ Mama ☐ Papa ☐ Du ☐ jemand anderes: _____
2. Glaubst Du, dass Du Schwierigkeiten mit dem Schlafen hast? ☐ Ja ☐ Nein
3. Gehst Du gerne schlafen? ☐ Ja ☐ Nein

gewöhnlich 5-7 mal pro Woche	manchmal 2-4 mal pro Woche	selten 0-1 mal pro Woche oder nie
------------------------------------	----------------------------------	--

Zubettgehzeit

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Gehst Du an Schultagen jeden Abend zur gleichen Zeit ins Bett? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Schläfst Du jeden Abend im selben Bett ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schläfst Du alleine ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Schläfst Du im Bett Deiner Eltern, Deines Bruders oder Deiner Schwester ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Schläfst Du innerhalb von etwa 20 Minuten ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Streitest Du Dich mit Deinen Eltern über das Zubettgehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fällt es Dir schwer ins Bett zu gehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bist Du zu Deiner gewohnten Zeit fertig fürs Bett? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hast Du einen bestimmten Gegenstand (Puppe, Decke oder ähnliches), den Du mit ins Bett nimmst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Fürchtest Du Dich im Dunkeln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Fürchtest Du Dich davor alleine zu schlafen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Bleibst Du lange auf, wenn Deine Eltern glauben, dass Du schläfst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Schlafverhalten

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Glaubst Du, dass Du zu wenig schläfst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Glaubst Du, dass Du zu viel schläfst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Wachst Du nachts auf, wenn Deine Eltern glauben, dass Du schläfst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Hast Du Schwierigkeiten wieder einzuschlafen, wenn Du in der Nacht aufgewacht bist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Hast Du Alpträume? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	gewöhnlich 5-7 mal pro Woche	manchmal 2-4 mal pro Woche	selten 0-1 mal pro Woche oder nie
21. Wirst Du in der Nacht durch Schmerzen geweckt? Wenn ja, wo sind diese Schmerzen? <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Gehst Du manchmal in der Nacht zu anderen ins Bett? Wenn ja, zu wem? <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tagesschläfrigkeit

23. Fällt es Dir schwer morgens aufzuwachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Fühlst Du dich während des Tages schläfrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Machst Du während des Tages Nickerchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Fühlst Du Dich ausgeruht, nachdem Du eine Nacht geschlafen hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>