















Eltern-Schlafprotokoll von _____ (Name) in der Woche vom _____ bis zum _____

Hier können Sie besondere Ereignisse (z. B. Krankheiten, Besuche, Feste) dieser Woche notieren (bitte den Tag angeben!):

MORGENTEIL: Bitte morgens ausfüllen!	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Aufwachzeit am Morgen							
Wie erholt fühlen Sie sich?	  1 2 3 4 5 6	  1 2 3 4 5 6	  1 2 3 4 5 6	  1 2 3 4 5 6	  1 2 3 4 5 6	  1 2 3 4 5 6	  1 2 3 4 5 6
Wann sind Sie gestern ins Bett gegangen? (Uhrzeit)							
Wann haben Sie das Licht gelöscht? (Uhrzeit)							
Wann sind Sie eingeschlafen? (Uhrzeit)							
Wie oft sind Sie nachts aufgewacht?							

Zeit und Dauer nächtlichen Wachseins	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten
Nächtliches Essen/Trinken? Wann? Was?														
Haben Sie gestern/heute Nacht Medikamente oder Hausmittel genommen? Wenn ja, was und wann?														

ABENDTEIL: Bitte abends ausfüllen!	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Schlaf/Nickerchen am Tag (Uhrzeit und Dauer)	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten
Haben Sie heute koffeinhaltige Getränke getrunken? Wenn ja, was und wann?														
Haben Sie heute geraucht, Alkohol getrunken oder Drogen genommen? Wenn ja, was und wann?														

Schlafprotokoll von _____ (Name Ihres Kindes) in der Woche vom _____ bis zum _____

Hier können Sie besondere Ereignisse (z. B. Krankheiten, Besuche, Feste) dieser Woche notieren (bitte den Tag angeben!):

☐ Besonderes Ereignis, das das übliche Schlafverhalten verändert haben könnte (z. B. Besuche/Feste, Fußball, Urlaub/Schulferien, Krankheit):

☐ Andere besondere Ereignisse:

☐ In dieser Woche sind keine besonderen Ereignisse aufgetreten.

MORGENTEIL: Bitte morgens ausfüllen!	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Kind: Aufwachzeit am Morgen (Uhrzeit; einkreisen, wenn geweckt)														
Kind: Wie oft nachts aufgewacht und Aufmerksamkeit benötigt?														
Kind: Nächtliches Essen/Trinken? Wann? Was?														
Kind: Zeit und Dauer nächtlichen Wachseins	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten
Kind nachts im Elternbett? (ja/nein)														
Eltern: Aufgestanden wegen Kind? (Wie oft?)														

ABENDTEIL: Bitte abends ausfüllen!	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Kind: Schlaf am Tag (Uhrzeit und Dauer)	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten
Kind: CD gehört (ja/nein), Zeit? **														
Kind: Selbsthypnose-Übung gemacht (ja/nein), Zeit? **														
Geschichte vorgelesen? (ja/nein) **														
Dauer der Zubettgeh- prozedur (ohne Umziehen und Zähneputzen, aber einschließlich Geschichten, Liedern, Gute-Nacht-Sagen)														
Kind: Zubettgehzeit (Uhr- zeit, zu der das Kind an die- sem Abend zum 1. Mal im Bett liegt und schlafen soll)														
Kind: geschätzte Einschlafzeit (Uhrzeit, zu der das Kind einschläft)														
Eltern: Vorgenommene Muss-Regeln umgesetzt? (ja/nein) **														
Eltern: Vorgenommene Kann-Regeln beachtet? (ja/nein) **														
Medikamente gegeben oder Hausmittel eingesetzt? (Welche?)														

**Diese Zeilen müssen Sie erst ausfüllen, wenn das betreffende Thema in den Sitzungen behandelt wurde. Sie finden dann einen Vermerk im Hausaufgabenteil der jeweiligen Sitzung, der Sie darauf hinweist, welche neuen Zeilen beim Ausfüllen hinzu kommen. Bis dahin lassen Sie diese Zeilen einfach leer.

Die dick gerahmten Zeilen sind besonders wichtig und sollten immer vollständig ausgefüllt sein!