

Liebe Eltern,

wir bedanken uns für Ihre Mühe, die Sie sich bei der Beantwortung der Fragen gemacht haben!

Der Fragebogen ist ein Hilfsmittel, um Risiken für schlafbezogene Atmungsstörungen bei Säuglingen zu erkennen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Wenn Risikofaktoren bestehen, dann erhalten Sie eine Einladung zu einer Schlaflaboruntersuchung.

Diese Untersuchung ist freiwillig und belastet die Kinder nicht. Für Rückfragen können Sie uns gerne wochentags telefonisch (i.d.R. auch abends/nachts) kontaktieren: (0355) 46-22 59. Oder informieren Sie sich auf unserer Homepage:

**<https://www.ctk.de/kinderschlaflabor.html>**

Wenn Sie einen **Untersuchungstermin nicht wahrnehmen können**, dann sagen Sie diesen bitte rechtzeitig (mind. 2 Tage vorher) ab, damit ein anderes Kind untersucht werden kann. Wir vereinbaren mit Ihnen gerne einen neuen Termin.

Wir untersuchen in unserem Schlaflabor auch ältere Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, Terminanfragen sind telefonisch möglich. Für die Untersuchung ist ein Einweisungsschein vom ambulanten Kinderarzt erforderlich.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind weiterhin beste Gesundheit!

*Das Team vom Schlaflabor der Klinik und Kinder- und Jugendmedizin am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus.*

**Fragebogen bitte per Post, E-Mail oder Fax zurück an:**

Schlaflabor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Thiemstraße 111, 03048 Cottbus

Telefon: (0355) 46-22 59

Fax: (0355) 46-28 13

E-Mail: [sschlaf@ctk.de](mailto:sschlaf@ctk.de)



**Carl-Thiem-Klinikum Cottbus**  
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER CHARITÉ

*Der Gesundheits-  
Campus*

## Fragebogen zu schlafbezogenen Atmungsstörungen im Säuglingsalter

Vor- und Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht des Kindes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Eltern für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Behandelnder Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Dieses Baby war meine \_\_\_\_\_ Schwangerschaft.

Aborte/ Totgeburten (bitte Jahresangabe): \_\_\_\_\_

Dieses Baby wurde in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche geboren (z.B. 35 SSW).

Dieses Baby hatte/ hat:

Operationen

Angeborene Erkrankungen/ Fehlbildungen

Erworbene Erkrankungen (z.B. schwere Infektionen)

Nähere Angaben:

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

- |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Traten bei diesem Baby nach der Geburt Komplikationen oder Krankheiten auf, die eine Verlegung auf eine Neugeborenen-intensivstation oder in eine Kinderklinik erforderten?<br>Wenn ja, dann bitte genauere Angaben: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wird Ihr Kind mit Medikamenten behandelt (außer Vitamin D)?<br>Wenn ja, welche?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Verwenden Sie für Ihr Kind ein Überwachungsgerät im Schlaf?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gibt es in Ihrer Familie Epileptiker? (ggf. Näheres)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ist in Ihrer Familie jemals ein Säugling plötzlich und unerwartet verstorben?<br>Wenn ja, dann bitte Verwandtschaftsgrad, Todesjahr, Geschlecht, Alter und evtl. Todesursache angeben:                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hat sich Ihr Baby im Vergleich zu vorangegangenen Schwangerschaften im Mutterleib weniger bewegt?<br>Ist Ihr Kind auffallend ruhig bzw. ist es bewegungsarm (strampelt es z.B. wenig wenn es ausgezogen ist?)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Baby Trinkschwierigkeiten, wie Atemlosigkeit oder häufiges Verschlucken?<br>Wird Ihr Kind beim Trinken oder im Schlaf blau um den Mund? (eine Blaufärbung beim Schreien ist <u>nicht</u> gemeint)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ist Ihr Baby im Schlaf auffallend blass?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hat Ihr Baby schon einmal so tief geschlafen, dass Sie Mühe hatten, es zu wecken?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Können Sie bei Ihrem Baby im Schlaf viele oder auffällig lange Atempausen (über 8 Sekunden) beobachten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Schreit Ihr Baby im Schlaf plötzlich hoch auf oder bewegt es sich ungewöhnlich im Schlaf?<br>Nähere Angaben:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Rauchen Sie seit Ihr Baby geboren ist oder haben Sie in der Schwangerschaft geraucht?<br>Wenn ja, täglich.....Zigaretten (.....Zigaretten in der Schwangerschaft). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nehmen Sie Drogen oder haben Sie in der Schwangerschaft Drogen eingenommen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Schwitzt Ihr Baby im Schlaf (trotz normaler Raumtemperatur) so stark, dass das Laken unter dem Kopf bzw. die Haare feucht sind?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Schläft Ihr Baby vorwiegend in Bauchlage?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sind sie besorgt bezüglich des Schlafverhaltens Ihres Kindes und wünschen eine Schlaflaboruntersuchung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Was sollten Sie bei der Aufnahme zur Schlaflaboruntersuchung mitbringen?**

- Einweisungsschein vom ambulanten Kinderarzt
- Gelbes Kinder-U-Heft
- Chipkarte vom Kind (falls schon vorhanden)
- Kleidung zum Schlafen
- bei Flaschennahrung: Milchpulver
- ggf.: Nuckel; verordnete Medikamente; Monitor (bei Heimmonitoring)

Untersuchungen finden i. d. R. tagsüber (ca. 8-15:00 Uhr, nur junge Säuglinge) und nachts statt. Ein Elternteil kann auf der Station oder im Ronald McDonald Elternhaus untergebracht werden.