

Tagesablauf

Name des Kindes: _____

Datum: _____

	Vormittag						Nachmittag						Abend				Nacht							
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Unruhe, Quengeln																								
Schreien																								
Schlaf																								
Füttern																								
Gem. Spiel mit Mutter																								
Im eigenen Bettchen																								
Im Bett der Eltern																								
Herumtragen																								
Andere Interventionen z.B. Schnuller, Tee, Medikament, Hüpfball...																								

Wie haben Sie sich heute gefühlt?

Um wie viel Uhr haben Sie Ihr Kind am Abend zum Schlafen hingelegt? _____

Sehr glücklich 1 2 3 4 5 6 Sehr unglücklich

Wie lange brauchte Ihr Kind zum Einschlafen? _____

Sehr frisch 1 2 3 4 5 6 Sehr erschöpft

Wie oft ist es in der Nacht aufgewacht? _____

Sehr entspannt 1 2 3 4 5 6 Sehr angespannt