

# Schlaf- und Schreiprotokoll des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Erkrankungen des Kindes: \_\_\_\_\_

Alter des Kindes: \_\_\_\_\_

Besonderheiten in dieser Woche: \_\_\_\_\_

Datum 1. Tag: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,  
bitte füllen Sie 7 Tage lang dieses Protokoll zum Schlaf- und Schreiverhalten Ihres Kindes aus, damit wir Zusammenhänge erkennen können und anschließend mehr Klarheit haben. Vielen Dank!

Tag/Uhrzeit	VORMITTAG						MITTAG/NACHMITTAG						ABEND						NACHT					
	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00
1. Tag																								
2. Tag																								
3. Tag																								
4. Tag																								
5. Tag																								
6. Tag																								
7. Tag																								

SCHLAFZEIT: \_\_\_\_\_

EINSCHLAFBEGLEITUNG (Kuscheln auf dem Arm, müde werden): - - - - -

ZUBETTGEHZEIT (Baby wird im Bett abgelegt): ]      AUFWACHEN/ZWISCHENERWACHEN: V

WACHZEIT: freilassen      SPIELZEIT: ////////////////

SCHREIEN: ~~~~~      WICKELN: \*

QUENGELN/ UNZUFRIEDENHEIT: ○○○○○○

STILLEN/FÜTTERN/ESSEN: XXXXXXX

Wo hat Ihr Kind jeweils geschlafen? War es hell oder dunkel?  
 Wie lange hat es zum Einschlafen benötigt?  
 Wie sieht das Abendritual aus?  
 Wie sieht das Einschlafritual aus?  
 Wie viel Zeit hat Ihr Kind pro Tag wach in Bauchlage verbracht?  
 Wurde Ihr Kind zu den Mahlzeiten geweckt?  
 Gibt es auf Auffälligkeiten beim Schlafen?  
 Wie sieht Ihre „Auszeit“ (Baby schläft) aus?

