

Tagesablaufprotokoll

Adresse:
Termin:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

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																								
Stillen-Füttern-Beikost																								
Spielen mit...																								
Spiel alleine																								
Im eigenen Bettchen																								
Im Bett der Eltern																								
Herumtragen																								
Andere Interventionen, z.B. Schnuller, Tee, Medikament, Hüpfball u.a.																								

Wie haben Sie sich heute gefühlt ?

Um wieviel Uhr haben Sie Ihr Kind am Abend zum Schlafen

_____ Sehr glücklich _____ Sehr unglücklich

Wie lange braucht Ihr Kind zum Einschlafen ?

Wie oft ist es in der Nacht aufgewacht ?

_____ Sehr frisch _____ Sehr erschöpft

_____ Sehr entspannt _____ Sehr abgespannt

Bitte vervielfältigen Sie dieses Blatt und führen die Aufzeichnungen über mindestens 7 Tage und Nächte.

Bitte senden Sie alle Unterlagen bis zum..... an mich zurück.