Liebe Eltern,
bitte füllen Sie den folgenden Online-Fragebogen aus.
Sobald Ihre Anmeldung bei uns eingegangen ist, werden wir uns zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Team der Sprechstunde für Regulationsstörung SPZ Tübingen

NAME des KINDES:

GEBURTSDATUM des KINDES:

NAME von Mutter/Vater/Sorgeberechtigte:

Adresse:

Telefonnummer:

Emailadresse:

Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen (n. S. Gross et al. 2013, überarbeitete Version: 2026)

I. Schreien, Quengeln, Schlafen und Pressen

Hierbei geht es um das Verhalten Ihres Kindes, die Interpretationen dieses Verhaltens durch Sie, Eltern und Ihre Belastung hinsichtlich der Bereiche Schreien, Quengeln und Schlafen.

Wie häufig schreit und quengelt Ihr Kind zu folgenden Tageszeiten <u>eine halbe Stunde oder länger</u> am Stück und lässt sich nicht beruhigen?

1. **Zu welchen Tageszeiten schreit oder quengelt Ihr Kind besonders häufig?**
Mehrfachauswahl möglich: ☐ Vom Aufwachen bis 12 Uhr ☐ 12–18 Uhr ☐ 18 Uhr bis zum Einschlafen ☐ Während der Nacht

2. Wie erleben Sie das Schreien Ihres Kindes?

Erkennen Sie die Ursache des Schreiens meist? Spricht Ihr Kind auf Ihre Beruhigungsversuche an? Falls nein, welche Gründe vermuten Sie für das anhaltende Schreien?

3. Wie belastend erleben Sie das Schreien und Quengeln Ihres Kindes insgesamt?
Bitte beschreiben Sie, wie stark Sie sich dadurch im Alltag belastet fühlen.

4. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind insgesamt ausreichend und regelmäßig schläft?
☐ Ja ☐ Nein

5. Wie erleben Sie den Schlaf Ihres Kindes tagsüber?
Schläft Ihr Kind tagsüber (z. B. länger als 30 Minuten am Stück)? Wirkt es tagsüber häufig müde (z. B. Gähnen, Augenreiben)?

6. **Wirkt Ihr Kind nach dem Aufwachen (morgens oder nach dem Tagschlaf) in der Regel ausgeschlafen und erholt?**

☐ Ja ☐ Nein

7. Wie erleben Sie den Schlaf Ihres Kindes in der Nacht?
Wacht Ihr Kind häufig auf (z. B. mehr als drei Mal pro Nacht), bleibt länger wach (über 20 Minuten) oder wacht schreiend auf und lässt sich nur schwer beruhigen? Bitte beschreiben Sie dies kurz.

8. Wie erlebt Ihr Kind das Einschlafen?

Kann Ihr Kind in der Regel innerhalb von etwa 30 Minuten einschlafen und gelingt dies meist ohne Protest, oder wehrt es sich häufig gegen das Einschlafen? Falls Sie vermuten, dass Ihr Kind Schlafschwierigkeiten hat: Worin sehen Sie mögliche Ursachen (z. B. Angst vor dem Alleinsein, viele Eindrücke des Tages, Schwierigkeiten, trotz Müdigkeit einzuschlafen)?

9. Wie belastend erleben Sie das Schlafverhalten Ihres Kindes insgesamt?
Bitte beschreiben Sie, wie stark Sie sich dadurch im Alltag belastet fühlen und wie problematisch Sie das Schlafverhalten Ihres Kindes einschätzen.

II. Koregulation

Bei hoher Ausprägung nutzen Eltern häufig Beruhigungsstrategien, da das Kind seinen Zustand noch nicht selbst regulieren kann (z. B. Einschlafen nur durch Tragen oder Füttern).

10. **Wie gelingt Ihrem Kind das Einschlafen tagsüber und am Abend?**

Bitte beschreiben Sie die übliche Einschlafsituation.

11. Was tun Sie in der Regel, wenn Ihr Kind nachts aufwacht?

Bitte beschreiben Sie, wie Ihr Kind gewöhnlich wieder einschläft (z. B. ohne Hilfe, im Elternbett, durch Herumtragen, Stillen oder Fläschchengeben oder auf andere Weise).

III. Füttern

12. **Wie erleben Sie die Fütterungs- und Esssituation Ihres Kindes?**
Bitte beschreiben Sie, wie Ihr Kind beim Essen oder Trinken reagiert (z. B. ob es gerne isst, wählerisch ist, Schwierigkeiten beim Füttern, Kauen, Saugen oder Schlucken hat, nur mit Ablenkung isst oder ob Mahlzeiten häufig sehr lange dauern).

13. Wie erleben Sie die momentane Füttersituation mit Ihrem Kind?

- Ich sorge mich, dass mein Kind zu wenig isst, und empfinde das Füttern/Stillen bzw. Essverhalten als belastend oder problematisch.

☐ Ja ☐ Nein

- Ich habe Bedenken zum Gewicht/Wachstum meines Kindes oder weiß von entsprechenden Bedenken durch andere Personen (z. B. Arzt/Hebamme).

☐ Ja ☐ Nein