



**SELBSTBEURTEILUNGSFRAGEBOGEN**

zur Erhebung der Schlafgewohnheiten von Kindern (8-11 Jahre)



# HALLO!

Wir möchten dich dazu einladen, an unserer **wissenschaftlichen Studie** zum Thema **Schlafgewohnheiten von Kindern** mitzumachen. Wir interessieren uns dafür, ob du **nachts gut schlafen kannst** und **tagsüber auch gut erholt bist**. Deine eigenen Angaben sind uns besonders wichtig! Um mitzumachen brauchst du nur **SELBST** die folgenden Fragen zu beantworten. **ALLES**, was du uns mitteilst, **sagen wir selbstverständlich nicht weiter!** Weder deine LehrerInnen, noch deine Eltern oder MitschülerInnen werden davon erfahren! Das Ausfüllen des Fragebogens wird ungefähr 30 Minuten dauern. Beantworte bitte **ALLE** Fragen so gut und so rasch wie möglich, auch wenn du dir nicht ganz sicher bist oder dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Es gibt **keine richtigen oder falschen Antworten** – bei jedem Kind sind die Schlafgewohnheiten anders! Du musst dich bei jeder Frage für eine Antwort entscheiden – **bitte kreuze immer nur 1 Antwort an!** Beantworte alle Fragen so, wie du es **im letzten Monat** erlebt hast.


**A. Angaben zu Deiner Person:**

1.	Anfangsbuchstabe VORNAME:		Anfangsbuchstabe NACHNAME:	
2.	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr):	_____ / _____ / _____		
3.	Bist du ein Mädchen oder ein Junge?	 <input type="checkbox"/> Mädchen	<input type="checkbox"/>  Junge	

## B. Deine SCHLAFGEWOHNHEITEN:

4.	<p>Gibt es etwas, das du jeden Tag vorm zu Bett gehen machst (z.B. Lesen, Radiohören, Computerspielen...)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja - Was genau machst du? _____</p> <p>_____</p>
5.	<p>Wann gehst du an <b>SCHULTAGEN</b> ins Bett?</p> <p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>  <p> <input type="checkbox"/> 19:00 <input type="checkbox"/> 19:30 <input type="checkbox"/> 20:00 <input type="checkbox"/> 20:30 <input type="checkbox"/> 21:00 <input type="checkbox"/> 21:30 <input type="checkbox"/> 22:00 <input type="checkbox"/> 22:30 <input type="checkbox"/> 23:00 <input type="checkbox"/> 23:30         </p>
6.	<p>Wann gehst du am <b>WOCHENENDE</b> / an <b>FREIEN TAGEN</b> ins Bett?</p> <p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>  <p> <input type="checkbox"/> 19:00 <input type="checkbox"/> 19:30 <input type="checkbox"/> 20:00 <input type="checkbox"/> 20:30 <input type="checkbox"/> 21:00 <input type="checkbox"/> 21:30 <input type="checkbox"/> 22:00 <input type="checkbox"/> 22:30 <input type="checkbox"/> 23:00 <input type="checkbox"/> 23:30         </p>
7.	<p>Wie viele Minuten liegst du wach, bevor Du einschlafen kannst?</p> <p> <input type="checkbox"/> weniger als 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> mehr als 30         </p>
8.	<p>Wie oft passiert es, dass du in der Nacht aufwachst?</p> <p> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal <input type="checkbox"/> 5 mal <input type="checkbox"/> öfter als 5 mal         </p>
9.	<p>Wie viele Minuten liegst du wach, bevor Du in der Früh aufstehst?</p> <p> <input type="checkbox"/> weniger als 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> mehr als 30         </p>
10.	<p>Wie wachst du an <b>SCHULTAGEN</b> auf?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ich werde von folgender Person aufgeweckt _____  <input type="checkbox"/> Mein Wecker weckt mich auf  <input type="checkbox"/> Ich wache selbständig (ohne Hilfsmittel) zur geplanten Zeit auf         </p>

11. Wann stehst du an SCHULTAGEN auf?

05:30 06:00 06:30 07:00 07:30 08:00 08:30 09:00 09:30 10:00

12. Wann stehst du am WOCHENENDE / an FREIEN TAGEN auf?

05:30 06:00 06:30 07:00 07:30 08:00 08:30 09:00 09:30 10:00

13. Wie wachst du am WOCHENENDE / an FREIEN TAGEN auf?

Ich werde von folgender Person aufgeweckt \_\_\_\_\_

Mein Wecker weckt mich auf

Ich wache selbständig (ohne Hilfsmittel) zur geplanten Zeit auf

Wie oft kommt es vor, dass ...		OFT täglich / fast täglich	HÄUFIG 2-3 mal pro Woche	MANCHMAL ungefähr 2-3 mal pro Monat	NIE weniger als 1 mal pro Monat / nie
14.	...du abends nicht ins Bett gehen möchtest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	...du abends in deinem eigenen Bett einschläfst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	...du nur einschlafen kannst, wenn deine Eltern bei dir am Bett sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	...du abends Angst hast (z.B. Angst vor der Dunkelheit, Angst alleine zu schlafen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





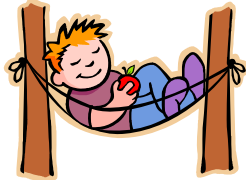
### C. Was passiert bei dir **WÄHREND DEM SCHLAFEN?**

Wie oft kommt es vor, dass ...		OFT täglich / fast täglich	HÄUFIG 2-3 mal pro Woche	MANCHMAL ungefähr 2-3 mal pro Monat	NIE weniger als 1 mal pro Monat / nie
18.	...du beim Einschlafen deine Beine bewegen musst, weil sie sich unangenehm anfühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	...du nachts stark schwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	...du nachts ins Bett machst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	...du nachts auf die Toilette gehst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	...du am Morgen einen trockenen Mund hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	...du nachts zu deinen Eltern ins Bett gehst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	...du nachts aufstehst und zum Beispiel fernsehen gehst oder zu spielen anfängst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







### D. **TRÄUMST** du?



Wie oft kommt es vor, dass ...		OFT täglich / fast täglich	HÄUFIG 2-3 mal pro Woche	MANCHMAL ungefähr 2-3 mal pro Monat	NIE weniger als 1 mal pro Monat / nie
25.	...du nachts träumst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	...du über lustige Sachen träumst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	...du über traurige Sachen träumst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	...du dich im Traum fürchtest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	...du wegen eines Traumes aufwachst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E. Bist du TAGSÜBER GUT ERHOLT?

Wie oft kommt es vor, dass ...		OFT täglich / fast täglich	HÄUFIG 2-3 mal pro Woche	MANCHMAL ungefähr 2-3 mal pro Monat	NIE weniger als 1 mal pro Monat / nie
30.	...du morgens nur schwer wach und nur langsam munter wirst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	...du in der Schule sehr müde bist und fast einschläfst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	...du bei der Hausübung sehr müde bist und fast einschläfst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	...du beim Spielen müde bist und fast einschläfst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	...du dich tagsüber schlapp fühlst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	...du in der Früh nur schwer aus dem Bett kommst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	...du, nachdem du in der Früh aufgeweckt wurdest, wieder einschläfst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	...du einen Mittagsschlaf machst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	<p><b>Wenn du einen Mittagsschlaf machst, wie lange schläfst Du dann?</b></p> <p><input type="checkbox"/> weniger als 30 Minuten</p> <p><input type="checkbox"/> 30 Minuten</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Stunde</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 1 Stunde</p>				

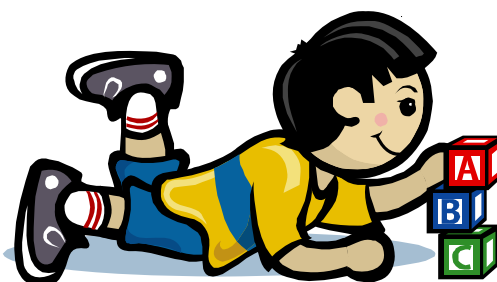
## F. Wie sieht dein SCHLAFPLATZ aus?

39.	<p><b>Schläfst du alleine in Deinem Zimmer?</b></p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">            </div> <div> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein - ich schlafe mit insgesamt _____ Personen im selben Zimmer;</p> <p>und zwar mit <input type="checkbox"/> meiner Mutter</p> <p><input type="checkbox"/> meinem Vater</p> <p><input type="checkbox"/> meinen Geschwistern</p> </div> </div>
-----	--

Wie oft kommt es vor, dass ...		OFT täglich / fast täglich	HÄUFIG 2-3 mal pro Woche	MANCHMAL ungefähr 2-3 mal pro Monat	NIE weniger als 1 mal pro Monat / nie
40.	...du aufwachst, weil dir zu warm ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	...du aufwachst, weil dir zu kalt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	...du aufwachst, weil es zu laut ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	...du aufwachst, weil es zu hell ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	<p><b>Schlafst du jeden Tag am gleichen Schlafplatz?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>An welchen Orten schläfst du? _____</p> <p>_____</p>				
45.	 <p><b>Steht in dem Zimmer, wo du schläfst, ein Fernseher?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>				
Wie oft kommt es vor, dass ...		OFT täglich / fast täglich	HÄUFIG 2-3 mal pro Woche	MANCHMAL ungefähr 2-3 mal pro Monat	NIE weniger als 1 mal pro Monat / nie
46.	...du vor dem Zubettgehen fern siehst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	...du vor dem Zubettgehen Computer- oder Videospiele spielst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	<p><b>Hast du ein Haustier?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Was für ein Haustier? _____</p> 				
Wie oft kommt es vor, dass ...		OFT täglich / fast täglich	HÄUFIG 2-3 mal pro Woche	MANCHMAL ungefähr 2-3 mal pro Monat	NIE weniger als 1 mal pro Monat / nie
49.	...dein Haustier bei dir im Zimmer schläft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	...dein Haustier bei dir im Bett schläft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	...du wegen deines Haustiers aufwachst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G. Zum Schluss noch ein paar ALLGEMEINE Fragen:**

		eindeutig zutreffend	teilweise zutreffend	nicht zutreffend
52.	Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange still sitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	Ich teile normalerweise mit Anderen (z. B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Normalerweise tue ich, was man mir sagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Ich mache mir häufig Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		eindeutig zutreffend	teilweise zutreffend	nicht zutreffend
60.	Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.	Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.	Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66.	Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.	Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		eindeutig zutreffend	teilweise zutreffend	nicht zutreffend	
68.	Ich bin nett zu jüngeren Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
69.	Andere behaupten oft, dass ich lüge oder moge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
70.	Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
71.	Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
72.	Ich denke nach, bevor ich handle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
73.	Ich nehme Dinge an mich, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74.	Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
75.	Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
76.	Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
77.	<p><b>Machst du gerne Sport (z.B. Fußballspielen, Reiten, Schwimmen, Trampolinspringen...)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja - Welchen Sport? _____</p> <p>_____</p>				
78.	Wie oft machst du Sport?	<b>OFT</b> täglich / fast täglich	<b>HÄUFIG</b> 2-3 mal pro Woche	<b>MANCHMAL</b> ungefähr 2-3 mal pro Monat	<b>NIE</b> weniger als 1 mal pro Monat / nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79.	<p><b>Spielst du gerne draußen in der frischen Luft?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p>				
		<b>OFT</b> täglich / fast täglich	<b>HÄUFIG</b> 2-3 mal pro Woche	<b>MANCHMAL</b> ungefähr 2-3 mal pro Monat	<b>NIE</b> weniger als 1 mal pro Monat / nie
80.	Wie oft spielst du draußen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIELEN DANK FÜR DEINE MITARBEIT!**