

# Fragebogen

## zum Therapie-Erfolg von Slenyto

Für die Evaluation des Therapieerfolgs bitten wir Sie diesen Bogen 2 bis 4 Wochen nach Therapiebeginn oder Dosiserhöhung auszufüllen und beim nächsten Arztbesuch Ihrem Arzt vorzulegen. Das Führen eines Schlafstagebuchs kann Sie dabei unterstützen.



.....  
Name des Kindes / Alter des Kindes

.....  
Ausfülldatum / Datum Therapiebeginn

slenyto Gute Nächte. Bessere Tage.

# Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte mit einem durchschnittlichen Wert der letzten 2 bis 4 Wochen.

1.	Zu welcher Uhrzeit geht Ihr Kind ins Bett?	____:____ Uhr
2.	Wie lange dauert es nach dem Ausschalten des Lichts, bis Ihr Kind schläft?	____ Minuten
3.	Wie oft wacht Ihr Kind nach dem Einschlafen nachts auf (das endgültige Aufwachen am Morgen nicht mitgerechnet)	____ Mal
4.	Wie lange dauern die nächtlichen Wachphasen insgesamt?	____ Minuten
5.	Wie lange dauert die längste nächtliche Schlafphase Ihres Kindes ohne Unterbrechung?	____ Stunden und ____ Minuten
6.	Um wie viel Uhr wacht Ihr Kind am Morgen auf?	____:____ Uhr
7.	Wie viele Stunden Schlaf bekommt Ihr Kind in der Nacht tatsächlich?	____ Stunden und ____ Minuten
8.	Fühlt sich Ihr Kind beim Aufwachen ausgeruht oder müde? Bitte ankreuzen.	<input type="radio"/> ausgeruht <input type="radio"/> müde
9.	Wie lange schläft Ihr Kind insgesamt tagsüber?	____ Stunden und ____ Minuten

Zu Frage 2	Ist die Antwort unter 30 Minuten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zu Frage 5	Ist die Antwort über 6 Stunden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zu Frage 7	Ist die Antwort • über 8 Stunden (Alter des Kindes: 2-6 Jahre) • über 7 Stunden (Alter des Kindes: 6-18 Jahre)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

**Haben Sie eine der letzten drei Fragen mit „nein“ beantwortet, kontaktieren Sie bitte Ihren Arzt.**

Ihre Bewertung ist wichtig, damit der Arzt die richtige Dosis für Ihr Kind auswählen kann. Die Dosierung ist weder alters-, noch gewichtsabhängig und lässt sich nur auf Grundlage der Symptom-Verbesserung beurteilen.

## Haben Sie eine Veränderung im Tagesverhalten Ihres Kindes bemerkt, nachdem es nachts gut geschlafen hat?

Diese Fragen können auch bei Ihrem Arztbesuch und im Gespräch mit ihm beantwortet werden.

Falls ja, führen Sie diese bitte auf:

.....

.....

.....

.....

.....

## Wie würden Sie das Verhalten Ihres Kindes im vergangenen Monat bewerten?

Verhalten (bitte eintragen)	Deutlich verschlechtert	Verschlechtert	Unverändert	Verbessert	Deutlich verbessert
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Wie zufrieden sind Sie mit dem Schlaf Ihres Kindes?

Bitte ankreuzen:

Vollkommen unzufrieden <input type="radio"/>	Überwiegend unzufrieden <input type="radio"/>	Weder zufrieden noch unzufrieden <input type="radio"/>	Überwiegend zufrieden <input type="radio"/>	Vollkommen zufrieden <input type="radio"/>
---	--	---	--	---