

**Klinikum Konstanz Klinik f. Kinder und- Jugendliche mit SPZ**

Spitalstiftung von 1225  
 Akademisches Lehrkrankenhaus der  
 Universität Freiburg

**S 02**
**Jugendlichenfragebogen (14. bis 18. Lebensjahr)  
 Fragen zum Schlafen und Befinden am Tage**

Hallo, wir möchten gerne von dir erfahren, ob du nachts gut schlafen kannst und tagsüber erholt bist. Deine Angaben sind uns dabei besonders wichtig. Wir möchten dich bitten, diesen Fragebogen selbst auszufüllen. Bitte beantworte die Fragen so, wie du es in den letzten drei Monaten erlebt und empfunden hast.

	nicht	etwas oder manchmal	genau oder häufig
Ich gehe in der Woche jeden Abend zur selben Zeit zu Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Wochenende gehe ich viel später ins Bett und schlafe am nächsten Tag lange aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe mit anderen Personen im Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe abends nicht gern ins Bett./Ich möchte abends nicht ins Bett gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe die ganze Nacht in meinem eigenen Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann abends schlecht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe abends vermehrt Ängste (z. B. wegen des nächsten Schultages).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich grübele abends, wenn ich im Bett liege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abends im Bett oder auch schon am Tage mache ich mir Sorgen, ob ich diese Nacht gut schlafen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wache nachts auf und kann dann schlecht wieder einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich merke, dass ich nachts unruhig schlafe und mich herumwälze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stehe nachts auf, weil ich nicht schlafen kann, und beschäftige mich z. B. mit fernsehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Einschlafen muss ich meine Beine bewegen, weil sie sich unangenehm anfühlen oder kribbeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schwitze nachts stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stehe in der Woche jeden Morgen ungefähr zur gleichen Zeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wache morgens von alleine auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde morgens schwer wach und werde nur langsam munter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe am Tage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin tagsüber häufig müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nicht	etwas oder manchmal	genau oder häufig
Ich schlafe tagsüber plötzlich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich tagsüber schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft erkältet oder krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Allergie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Familie gibt es besonders viel Stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Wohnung wird geraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann schlecht einschlafen, weil es in meinem Zimmer zu hell ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann schlecht einschlafen, weil es zu laut ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Zimmer ist ein Fernseher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gucke vor dem Zubettgehen fern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache vor dem Einschlafen noch Video- oder Computerspiele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache Sport, z. B. Schwimmen, Fußballspielen, Tanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin viel draußen an der frischen Luft.			

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!