

Tagesablaufprotokoll



Heutiges Datum:

Adresse:

Name des Kindes:

Geburtsdatum/Alter:

Sabine König
 Praxis für Säuglings- und Kleinkindfragen
 Praxis für Beziehungs- und Erziehungsfragen
 Supervision & Fortbildung
 www.koenig-s-kinder.de

	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
	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45	0/15/30/45
Unruhe + Quengeln, lässt sich nicht ablegen																								
Schreien + Dauerschreien																								
Schlaf (Unterbrechung kennzeichnen)																								
Stillen + Flasche + Beikost																								
Trotzanfall																								
Spiel alleine (A) oder mit...																								
Fordernd, unruhig, stolpert...																								
Schläft im eigenen Bett (B)/Bett der Eltern (E)																								
Muss getragen werden																								
Besondere Eigenarten																								
Andere Beruhigungsmittel, z.B. Schnuller, Tee, Medikament, Hüpfball u.a.																								

Wie haben Sie sich heute gefühlt ?

Wann haben Sie ihr Kind zum Schlafen gelegt?

Wie lange haben Sie gebraucht bis Ihr Kind eingeschlafen ist?

Wie hat Ihr Kind in der Nacht (Einschlaf-)Hilfe gebraucht?

_____ zufrieden + glücklich _____ unsicher + belastet

 _____ ausgeruht _____ erschöpft + übermüdet
 _____ ausgeglichen _____ überfordert + aggressiv

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