

SCHLAFPROTOKOLLE

Schlaf Schön Baby

DEIN EXPERTENWISSEN ZUM BABYSCHLAF

Schlaf Schön
by Susann Scharschuh



NAME _____

Schlaf Schön S C H L A F P R O T O K O L L

ÜBERSICHT TAG

D a t u m

D a t u m

D a t u m

D a t u m

D a t u m

Aufstehzeit

W e c k e n (j a / n e i n)

1. Tagschlaf (von - bis)

Einschlafdauer

Schlafort (Elternbett, Kinderwagen,...)

Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)

Stimmung beim Aufwachen

2. Tagschlaf (von - bis)

Einschlafdauer

Schlafort (Elternbett, Kinderwagen,...)

Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)

Stimmung beim Aufwachen

3. Tagschlaf (von - bis)

Einschlafdauer

Schlafort (Elternbett, Kinderwagen,...)

Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)

Stimmung beim Aufwachen

4. Tagschlaf (von - bis)

Einschlafdauer

Schlafort (Elternbett, Kinderwagen,...)

Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)

Stimmung beim Aufwachen

NAME _____

Schlaf Schön

SCHLAFPROTOKOLL

ÜBERSICHT TAG	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Start Abendroutine (Uhrzeit)					
Dauer					
Bettgehzeit (Uhrzeit)					
Einschlafdauer					
Schlafort (Elternbett, eigenes Bett,...)					
Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)					
BESONDERHEITEN					
Kita, Besuch, Krank, etc...					
SUMME TAGSCHLAF GESAMT					

NAME _____

Schlaf Schön

SCHLAFPROTOKOLL

ÜBERSICHT NACHT	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
1. Aufwachen (von - bis)					
Einschlafdauer					
Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)					
Stimmung beim Aufwachen(Weinen,...)					
2. Aufwachen (von - bis)					
Einschlafdauer					
Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)					
Stimmung beim Aufwachen(Weinen,...)					
3. Aufwachen (von - bis)					
Einschlafdauer					
Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)					
Stimmung beim Aufwachen(Weinen,...)					
4. Aufwachen (von - bis)					
Einschlafdauer					
Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)					
Stimmung beim Aufwachen(Weinen,...)					
5. Aufwachen (von - bis)					
Einschlafdauer					
Einschlafhilfe (Stillen, Arm, ...)					
Stimmung beim Aufwachen(Weinen,...)					
SUMME NACHTSCHLAF GES.					

BESONDERHEITEN

NAME _____

Schlaf Schön

ESSENSPROTOKOLL

ÜBERSICHT MAHLZEITEN	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
1. Frühstück (von - bis)					
Essmenge (schlecht, mäßig, gut)					
Stimmung beim Essen (müde,fröhlich,...)					
Flasche/Stillen (ja/nein)					
2. Snack (von - bis)					
Essmenge (schlecht, mäßig, gut)					
Stimmung beim Essen (müde,fröhlich,...)					
Flasche/Stillen (ja/nein)					
3. Mittag (von - bis)					
Essmenge (schlecht, mäßig, gut)					
Stimmung beim Essen (müde,fröhlich,...)					
Flasche/Stillen (ja/nein)					
4. Vesper (von - bis)					
Essmenge (schlecht, mäßig, gut)					
Stimmung beim Essen (müde,fröhlich,...)					
Flasche/Stillen (ja/nein)					
5. Abendbrot (von - bis)					
Essmenge (schlecht, mäßig, gut)					
Stimmung beim Essen (müde,fröhlich,...)					
Flasche/Stillen (ja/nein)					

BESONDERHEITEN

NAME _____

Schlaf Schön

TAGESPROTOKOLL

ÜBERSICHT AKTIVITÄTEN	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
1. Aktivitäten (Spiel, gemeinsam, allein?)					
2. Stimmung Kind(Tag)					
3. Stimmung Mama/Papa(Tag)					
4. Stimmung Kind (bei der Abendroutine)					
5. Stimmung Mama/Papa (bei der Abendroutine)					

BESONDERHEITEN