

Name des Kindes:	Datum:
Name der ausfüllenden Person:	

PSQ-Fragebogen für Eltern zum Screening von schlafbezogenen Atmungsstörungen (Pediatric Screening Questionnaire Obstructive Sleep Apnea)

Diese Fragen beziehen sich auf das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 30 Tagen.

1. Während des Schlafes, macht Ihr Kind Folgendes:		
Die Hälfte der Zeit schnarchen?	Ja	Nein
Immer schnarchen?	Ja	Nein
Laut schnarchen?	Ja	Nein
Schwer oder laut atmen?	Ja	Nein
Hat Probleme mit Atmung oder Erstickungsanfälle beim atmen?	Ja	Nein
2. Haben Sie jemals festgestellt, dass Ihr Kind nachts aufhört zu atmen?	Ja	Nein
3. Macht Ihr Kind Folgendes:		
Es neigt zu Mundatmung tagsüber?	Ja	Nein
Es hat einen trockenen Mund morgens?	Ja	Nein
Es nässt gelegentlich sein Bett ein?	Ja	Nein
4. Macht Ihr Kind Folgendes:		
Es wird morgens unausgeruht wach?	Ja	Nein
Es hat Probleme mit Müdigkeit am Tage?	Ja	Nein
5. Hat ein Lehrer schon einmal bemerkt, dass Ihr Kind tagsüber müde erscheint?	Ja	Nein
6. Ist es schwierig Ihr Kind morgens zu wecken?	Ja	Nein
7. Hat Ihr Kind morgens beim Aufwachen Kopfschmerzen?	Ja	Nein
8. Hat Ihr Kind irgendwann einmal seit der Geburt aufgehört normal zu wachsen?	Ja	Nein
9. Ist Ihr Kind übergewichtig?	Ja	Nein
10. Es passiert häufig bei Ihrem Kind dass:		
Es scheint nicht richtig zuzuhören, wenn man es anspricht	Ja	Nein
Es hat Probleme bei der Planung von Aufgaben und Aktivitäten	Ja	Nein
Es ist leicht abgelenkt bei äußeren Einflüssen	Ja	Nein
Es zappelt mit den Händen oder Füßen und windet sich im Stuhl	Ja	Nein
Es ist immer in Bewegung oder wirkt getrieben	Ja	Nein
Es unterbricht oder stört andere (z. B. bei Gesprächen oder Spielen)	Ja	Nein

Gesamte Punktzahl =

Ja = 1, Nein = 0 / Maximal 22 Punkte

Auswertung > 33% oder 8 Punkte erscheinen auffällig für schlafbezogene Atmungsstörungen

Quelle: Chervin, R.D., et al., *Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems*. Sleep Med, 2000. 1(1): p. 21-32.