GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE

Schreitagebuch

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Protokolldatum: _____

Uhrzeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Schlafen																									
Füttern																									
Wickeln																									
Wach/interessiert																									
Spielen																									
Unruhe																									
Schreien																									
Beruhigungs-maßnahme(n) (Stillen/Füttern, Singen, Massage, Tragen, Schnuller, Pucken, Wiegen, …)																									
Maßnahmen erfolgreich? Ja ☐ Nein ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Sonstige Bemerkungen																									