

BEDÜRFNISPROTOKOLL

Ich
kann schon
schlafen!

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Schlafsituation (z. B. Mittagsschlaf, Einschlafsituation abends, nachts)	Art der Begleitung (z. B. tragen, stillen, wippen etc.)	Bedürfnisse deines Kindes (z. B. Sicherheit, Nähe, Hunger)	Deine eigenen Bedürfnisse (z. B. Schlaf, Ruhe, Autonomie)