

CPR-nr.: _____ Navn: _____ Melatonin/Circadin Ja Nej 

Uge (dato):	Mandag d. __/__/__	Tirsdag d. __/__/__	Onsdag d. __/__/__	Torsdag d. __/__/__	Fredag d. __/__/__	Lørdag d. __/__/__	Søndag d. __/__/__
Hvornår vågnede barnet?	Kl.:						
Hvornår stod barnet op?	Kl.:						
Hvad foretog barnet sig i timen op til sengetid om aftenen?							
Hvornår kom barnet i seng?							
Hvornår faldt barnet i søvn?							
Hvad skete der fra barnet blev lagt i seng til han/hun faldt i søvn?							
Vågne perioder i løbet af natten	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:
Hvad foretog barnet sig da det var vågen:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:
Uge (dato):	Mandag d. __/__/__	Tirsdag d. __/__/__	Onsdag d. __/__/__	Torsdag d. __/__/__	Fredag d. __/__/__	Lørdag d. __/__/__	Søndag d. __/__/__
Hvornår vågnede barnet?	Kl.:						
Hvornår stod barnet op?	Kl.:						
Hvad foretog barnet sig i timen op til sengetid om aftenen?							
Hvornår kom barnet i seng?							
Hvornår faldt barnet i søvn?							
Hvad skete der fra barnet blev lagt i seng til han/hun faldt i søvn?							
Vågne perioder i løbet af natten	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:
Hvad foretog barnet sig da det var vågen:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:	Tidspunkt: Varighed:

Økonomisk tilskud til medicin (lægemiddelstyrelsen): Børnelægeklinikken søger tilskud så snart der er udfyldt 14 dages søvnregistrering med og 14 dages søvnregistrering uden behandling.

BØRNELÆGEKLINIKKEN

Karen Tilma - Nørregade 12, 1. sal, 9700 Brønderslev tlf. 98 88 12 00