

Schlafprotokoll

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Woche von _____ bis _____

Datum:							
Mittagsschlaf gestern?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gab es gestern etwas Besonde- res?							
Wann sind Sie gestern zu Bett gegangen?							
Wieviel Zeit verging, bis Sie ein- schlafen? (Minuten)							
Falls Sie nicht einschlafen konn- ten, woran lag es?							
Sind Sie in der letzten Nacht aufgewacht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie oft und wann?							
Wie lange waren Sie wach? (Minuten)							
Womit haben Sie sich beschäf- tigt, als Sie wach waren?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgewacht?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgestanden?							
Haben Sie gestern Abend Alko- hol oder koffeinhaltige Getränke zu sich genommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie gestern Medikamen- te eingenommen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Woche von _____ bis _____

Datum:							
Mittagsschlaf gestern?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gab es gestern etwas Besonde- res?							
Wann sind Sie gestern zu Bett gegangen?							
Wieviel Zeit verging, bis Sie ein- schlafen? (Minuten)							
Falls Sie nicht einschlafen konn- ten, woran lag es?							
Sind Sie in der letzten Nacht aufgewacht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie oft und wann?							
Wie lange waren Sie wach? (Minuten)							
Womit haben Sie sich beschäf- tigt, als Sie wach waren?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgewacht?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgestanden?							
Haben Sie gestern Abend Alko- hol oder koffeinhaltige Getränke zu sich genommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie gestern Medikamen- te eingenommen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein