SCHLAFPROTOKOLL

Name: Geburtsdatum: Woche von _____ bis_____

Datum:							
Mittagsschlaf gestern?	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein
Gab es gestern etwas Besonderes?							
Wann sind Sie gestern zu Bett gegangen?							
Wieviel Zeit verging, bis Sie einschliefen? (Minuten)							
Falls Sie nicht einschlafen konnten, woran lag es?							
Sind Sie in der letzten Nacht aufgewacht?	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein
Wenn ja, wie oft und wann?							
Wie lange waren Sie wach? (Minuten)							
Womit haben Sie sich beschäftigt, als Sie wach waren?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgewacht?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgestanden?							
Haben Sie gestern Abend Alkohol oder koffeinhaltige Getränke zu sich genommen?	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein
Haben Sie gestern Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein

SCHLAFPROTOKOLL

Name: Geburtsdatum: Woche von _____ bis_____

Datum:							
Mittagsschlaf gestern?	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein
Gab es gestern etwas Besonderes?							
Wann sind Sie gestern zu Bett gegangen?							
Wieviel Zeit verging, bis Sie einschliefen? (Minuten)							
Falls Sie nicht einschlafen konnten, woran lag es?							
Sind Sie in der letzten Nacht aufgewacht?	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein
Wenn ja, wie oft und wann?							
Wie lange waren Sie wach? (Minuten)							
Womit haben Sie sich beschäftigt, als Sie wach waren?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgewacht?							
Wann sind Sie heute Morgen aufgestanden?							
Haben Sie gestern Abend Alkohol oder koffeinhaltige Getränke zu sich genommen?	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein
Haben Sie gestern Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein	**0** Ja **0** Nein